

Universitat de Lleida

Facultad de Enfermería

Grado de Enfermería 2010/2014

Trabajo Fin de Grado

Creación e instauración de un programa educativo para los padres de los bebés prematuros

Autora: Anastasia Denisova

Tutora: María Ferrer Gil

15 de mayo de 2014

Mis agradecimientos

A mi tutora de trabajo de fin de grado María Ferrer Gil por su guía y dedicación.

A todo el profesorado de la Facultad de Enfermería de Lleida por su dedicación en la formación enfermera.

A todos profesionales de la salud que han dedicado un minuto de su conocimiento en ofrecérmelo.

A mi familia y mis amigos por su apoyo.

Índice de contenidos

Significado de siglas, terminología y definiciones	pág.7
1. Siglas	pág.7
2. Conceptos	pág.8
2.1. Embarazo humano	pág.8
2.2. Parto	pág.11
2.2.1. Parto normal	pág.11
2.2.2. Parto a término	pág.11
2.2.3. Parto pretérmino o prematuro	pág.12
2.2.4. Parto postérmino	pág.14
2.3. Recién nacidos fuera de las 37 a las 42 semanas de gestación	pág.15
2.3.1. El bebé postérmino	pág.15
2.3.2. El bebé prematuro o pretérmino	pág.15
2.4. Prematuridad	pág.19
2.4.1. Datos epidemiológicos	pág.19
2.4.2. Morbimortalidad perinatal	pág.21
2.5. Unidad de cuidados intensivos neonatales	pág.22
2.5.1. Criterios de ingreso en la UCI neonatal	pág.23
2.5.2. Incubadora neonatal	pág.25

1. Resumen	pág.26
2. Introducción	pág.28
3. Justificación	pág.31
4. Marco teórico	pág.34
4.1. Aspectos psicológicos del parto prematuro	pág.34
4.2. Evolución de cuidados neonatales	pág.34
4.3. Beneficios de la participación de los padres en los cuidados de su bebé prematuro en la UCIN	pág.36
4.4. Alta domiciliaria precoz	pág.37
4.5. Gastos económicos del “Institut Català de la Salut”	pág.39
4.6. Barreras en la participación de los padres en los cuidados de sus bebés prematuros en la UCIN	pág.41
4.7. Cuestionarios a los padres sobre la educación de los cuidados neonatales recibida	pág.41
4.8. Hospitales y programas existentes sobre la educación sanitaria a los padres de los bebés prematuros que participen en el alta domiciliaria precoz	pág.42
5. Objetivos	pág.43
6. Metodología	pág.44
6.1. Preguntas	pág.44
6.2. Metodología de búsqueda bibliográfica	pág.44
6.3. Síntesis de la evidencia científica encontrada	pág.45

7. Intervención	pág.48
7.1. Programa de intervención para los padres	pág.51
7.1.1. Objetivos de la sesión ¿qué queremos lograr?	pág.51
7.1.2. Contenidos de la sesión: ¿de qué vamos a hablar? y ¿qué aspectos vamos a trabajar?	pág.51
7.1.3. ¿Cuánto tiempo necesitamos?	pág.52
7.1.4. Recursos	pág.52
7.2. Actividades	pág.52
7.2.1. Contenidos de la sesión formativa	pág.60
7.2.2. Cronograma de la intervención	pág.61
8. Consideraciones éticas	pág.62
8.1. Beneficios de la intervención	pág.62
8.2. Inconvenientes de la intervención	pág.62
9. Evaluación	pág.63
9. Discusión	pág.66
10. Conclusión	pág.70
Bibliografía	pág.72
Anexo I. Entrevista con padres de los bebés que habían nacido prematuros	pág.77
Anexo II. Entrevista con la madre del bebé que había nacido prematuro	pág.80
Anexo III. Cuestionario de satisfacción de los padres	pág.83

Índice de tablas

Tabla 1. Clasificación de riesgo obstétrico.....	pág.9
Tabla 2. Factores de riesgo para el parto pretérmino.....	pág.14
Tabla 3. Clasificación de los bebés prematuros según las semanas de gestación.....	pág.15
Tabla 4. Clasificación de los bebés prematuros según el peso al nacer.....	pág.16
Tabla 5. Los objetivos del programa ADE y las ventajas del alta domiciliar precoz.....	pág.38
Tabla 6. Precios públicos de los servicios sanitarios prestados por "Institut Català de la salut".....	pág.39
Tabla 7. Cronograma de la intervención.....	pág.61

Índice de figuras

Figura 1. Conducto arterial persistente.....	pág.17
Figura 2. Países con mayor número de nacimientos prematuros.....	pág.19
Figura 3. Evolución de recién nacidos prematuros en Cataluña (%).....	pág.20
Figura 4. Distribución de los neonatos de bajo peso en relación con edad gestacional según las regiones sanitarias en el año 2012.....	pág.20
Figura 5. Incubadora neonatal.....	pág.24
Figura 7. Sala de reuniones de la UCIN de HUAV, Lleida.....	pág.50

Significado de siglas, terminología y definiciones

1. Siglas

ADE - atención domiciliaria de enfermera.	ml – mililitro.
Bb - bilirrubina.	mmHg - milímetros de mercurio.
CAP - conducto arterial persistente.	RDP - retinopatía de prematuridad.
CPAP - presión positiva continua a la vía aérea (sigla en inglés).	RN - recién nacido.
DBP - displasia broncopulmonar.	RNP - recién nacido pretérmino.
dL - decilitro.	RPM - rotura prematura membranas.
EG - edad gestacional.	RTP - retinopatía.
ECN - enterocolitis necrotizante.	SatO2 - saturación de oxígeno.
FUM - fecha última menstruación.	SDR - síndrome dificultad respiratoria.
IgA - inmunoglobulinas A.	TA - tensión arterial.
Hb - hemoglobina.	UCI - unidad cuidados intensivos.
HIV - hemorragia interventricular.	UCIN - unidad cuidados intensivos neonatales.
Kg - kilogramo.	VIH - virus de la inmunodeficiencia humana.
mEq/L - miliequivalentes por litro.	VM -ventilación mecánica.
mg/dL - miligramos por decilitro.	

2. Conceptos

2.1. Embarazo Humano

El embarazo comienza cuando termina la implantación, proceso por el cual el blastocito se adhiere a la pared del útero unos 5-6 días después de la fecundación, atravesando el endometrio e invadiendo el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto pasa entre los días 12 a 16 tras la fecundación (1).

El embarazo humano puede tener una duración de hasta 42 semanas de gestación, y lo más habitual es que el parto se desencadene desde la semana 37 a la 42. Se puede calcular la fecha probable de parto sumando a la fecha de la última regla siete días y se le restan 3 meses del próximo año, por ejemplo si la fecha de la última menstruación (FUM) es el 10 de junio de 2014, la FPP es el 17 de marzo 2015. Existen casos en que se desconoce la fecha de la última regla, entonces se pueden determinar las semanas de gestación con la altura uterina o las percepciones de los primeros movimientos fetales alrededor de las 20 semanas. Actualmente se utiliza la ecografía para determinar la edad gestacional de forma más precisa (2).

En la primera consulta el médico determinará si el embarazo es de alto o bajo riesgo. Si es de bajo riesgo las consultas prenatales serían cada 4 semanas hasta la semana 36, y posteriormente una consulta semanal hasta el parto. También se puede programar la visita cada 4 semanas hasta la semana 30 y posterior control cada 2 semanas hasta las 36 o 37 semanas, luego una visita semanal hasta el parto (3). En cada visita del control del embarazo se hará una evaluación del riesgo del embarazo hasta su finalización y se darán las recomendaciones oportunas a las gestantes.

Tabla 1. Clasificación de riesgo obstétrico

<i>Clasificación de riesgo obstétrico</i>			
Riesgo 0	Riesgo medio o 1	Riesgo alto o 2	Riesgo muy alto o 3
❖ No existen los factores de riesgo incluidos en los demás grupos de riesgo.	❖ Condiciones socioeconómicas desfavorables. ❖ Control insuficiente de gestación (menos de 4 visitas prenatales en total o primer control tras la semana 20 de gestación. ❖ Edad extrema de la madre (menos de 16 o más de 35 años). ❖ Embarazo no deseado. ❖ Madre fumadora habitual. ❖ Esterilidad previa (dos o más años). ❖ Baja estatura materna (menos de 1,5 metros). ❖ Anomalía	❖ Anemia grave (Hb menos de 9 g/dL o hematocrito menos de 25%). ❖ Cardiopatía 2 (limitación ligera de la actividad física). ❖ Diabetes gestacional. ❖ Cirugía uterina previa. ❖ Embarazo gemelar. ❖ Embarazo de más de 42 semanas de gestación. ❖ Hemorragia en segundo y tercer trimestre. ❖ Endocrinopatía. ❖ Hidramnios u oligoamnios. ❖ Historia obstétrica	❖ Cardiopatías 3 o 4 (con limitación acentuada de la actividad física). ❖ Diabetes gestacional. ❖ Drogadicción y alcoholismo. ❖ Amenaza de parto prematuro (antes de la semana 37). ❖ Gestación múltiple. ❖ Isoinmunización (Coombs indirecto positivo en madre Rh positivo). ❖ Incompetencia cervical. ❖ Malformación uterina. ❖ Muerte perinatal recurrente. ❖ Malformación fetal. ❖ Placenta previa. ❖ Preeclampsia grave (TA igual o más de

	<p>pélvica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Cardiopatía I (que no limita su actividad física). ❖ Fecha de la última regla incierta. ❖ Madre con Rh negativo. ❖ Gran multiparidad (5 o más fetos de al menos 28 semanas). ❖ Hemorragia en el primer trimestre. ❖ Incremento de peso excesivo o insuficiente (variación de 15 kg). ❖ Incompatibilidad Rh. ❖ Obesidad. ❖ Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática. ❖ Período intergenésico menor de 12 meses. 	<p>desfavorable (dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, antecedentes de retraso de crecimiento, deficiencia mental o sensorial de probable origen obstétrico).</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Infecciones como Hepatitis B o C, Toxoplasmosis, Pielonefritis, Rubéola, Sífilis, VIH, Estreptococo B. ❖ Obesidad mórbida. ❖ Preeclampsia leve (TA igual o más de 140/90 mmHg). ❖ Sospecha de malformación fetal. ❖ Presentación 	<p>160/110 mmHg).</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Enfermedad asociada grave. ❖ Retraso de crecimiento intrauterino. ❖ Rotura prematura de membranas. ❖ SIDA clínico.
--	---	--	---

		anómala tras la semana 38 de gestación.	
--	--	---	--

(4,23).

2.2. Parto

2.2.1. Parto normal

El parto es un proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Se considera un parto normal o a término aquel que comienza espontáneamente, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo (1-2). El bebé nace de forma espontánea en posición cefálica entre las 37 y 42 semanas cumplidas. Después del parto tanto la madre como el bebé están en buenas condiciones (8).

Etiológicamente, el parto es producto de una compleja secuencia de eventos neuroendocrinos donde están implicados el feto, la placenta y la parturienta. En el feto participan su cerebro, el hipotálamo, la hipófisis, las glándulas suprarrenales, los pulmones y los riñones. La placenta madura con el aumento de edad gestacional, su función endocrina cambia, y la participación materna implica a la decidua, el miometrio y los cambios que llevan a la maduración del cérvix (9).

2.2.2. Parto a término

Se considera un parto normal o a término aquel comienza espontáneamente con bajo riesgo en el comienzo del parto y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El bebé nace de forma espontánea en posición cefálica entre las 37 y 42 semanas de gestación cumplidas. Después del parto tanto la madre como el bebé están en buenas condiciones (10).

2.2.3. Parto pretérmino o prematuro

El parto pretérmino se produce entre la 20.1 y la 36.6 semanas de gestación, contadas a partir del último día de la menstruación, o con un peso igual o mayor de 500 gramos y que respira o manifiesta signos de vida. Se presenta con contracciones dolorosas y regulares que se repiten cada 10 minutos (24-25).

Los partos prematuros se puede dividir en dos categorías: los que son espontáneos por inicio precoz o la amenaza del parto prematuro (APP) o ruptura prematura de las membranas y los que son inducidos. Los inducidos ocurren cuando la salud de la madre o del feto está en peligro (13).

Etiopatología

La prematuridad es el resultado de tres entidades clínicas y cada una de ellas es responsable de alrededor de un tercio del total de partos prematuros (5):

- ✚ Parto prematuro idiopático, que resulta del inicio espontáneo del trabajo de parto.
- ✚ Rotura prematura de membranas (RPM).
- ✚ Parto prematuro por indicación médica o iatrogénica, que resulta de la interrupción prematura del embarazo por patología materna y/o fetal.

Procesos patológicos que llevan a un parto prematuro (4,29):

- ✚ Activación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal materno (el estrés puede influir en este proceso).
- ✚ Infección intraamniótica (esta causa es la mejor estudiada y ha servido de modelo de estudio para otros procesos identificados).
- ✚ Hemorragia decidual o isquemia (disminución del flujo sanguíneo a la unidad uteroplacentaria).
- ✚ Sobredistensión uterina.
- ✚ Drogas y toxinas.
- ✚ Disfunción del cuello uterino.
- ✚ Anormalidad inmunológica.

- ✚ Estrés materno.
- ✚ Reacción alográfica anormal.
- ✚ Reacciones alérgicas.
- ✚ Desordenes hormonales.

Clínica

La amenaza de parto prematuro (APP) es una de las causas más frecuentes de hospitalización durante el embarazo, pero es muy difícil identificar el grupo de las gestantes que efectivamente tendrán un parto de pretérmino (5).

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos de trabajo de parto prematuro son las contracciones uterinas dolorosas con frecuencia de 4 en 20 minutos o 8 en 60 minutos, acompañadas de cambios cervicales como el borramiento de al menos de 80% o dilatación mayor o igual a 2 cm (5).

La detección de modificaciones cervicales como borramiento de menos de 20-25 mm mediante tacto vaginal en el segundo trimestre del embarazo se considera el factor de riesgo único más importante para parto pretérmino (5).

Tabla 2. Factores de riesgo para el parto pretérmino o prematuro

Factores de riesgo	Condiciones
Stress	Soltera Bajo nivel socioeconómico y/o educacional Ansiedad o depresión Eventos estresantes (divorcio, muerte, etc.) Cirugía abdominal durante el embarazo
Fatiga ocupacional	Trabajo de pie Uso de maquinaria industrial Agotamiento físico
Sobredistensión uterina	Embarazo múltiple Polihidroamnios Malformaciones uterinas o miomas Diethylstilbestrol
Factores cervicales	Historia de aborto del segundo trimestre Historia de cirugía cervical Dilatación o borramiento cervical prematuro
Infección	Enfermedades de transmisión sexual Pielonefritis Infección sistémica Bacteriuria Enfermedad periodontal
Patología placentaria	Placenta previa Abruptio placentae Sangrado vaginal
Misceláneas	Parto prematuro previo Abuso de sustancias y/o tabaquismo Edad materna (< 18 o > 40 años) Raza afroamericana Desnutrición Control prenatal inadecuado Anemia (hemoglobina < 10g/dl) Excesiva contractibilidad uterina
Factores fetales	Malformaciones congénitas Restricción del crecimiento intrauterino

(4,27).

2.2.4. Parto postérmino

El parto postérmino es aquel que se desencadena con posterioridad a las 42 semanas de gestación, o 14 días después de la fecha probable de parto. Se considera que el diagnóstico más común del embarazo prolongado es un mal cálculo de la edad gestacional (EG) por error de la FUM (24,30).

Actualmente no se suelen prolongar las gestaciones más allá de la semana 42 por los riesgos fetales que supondría prolongar el embarazo. Cuando las gestaciones llegan a las 41+5 o 41+6 días se induce el parto para su finalización.

2.3. Recién nacidos fuera de las 37 a las 42 semanas de gestación

2.3.1. El bebé postérmino.

Es aquel bebé que nace después de las 42 semanas de gestación. El 45% de los fetos siguen creciendo después de la fecha prevista de parto. Los fetos aumentan sobre unos 200 gr. de peso a la semana después de la semana 40, y la incidencia de fetos macrosómicos es del 10% en la semana 40 y del 43% en la semana 43, hecho que se asocia al parto obstruido y a trauma obstétrico (9).

2.3.2. El bebé prematuro o pretérmino

El bebé prematuro es aquel que nace antes de que se completen las 37 semanas de gestación (28-29).

Existe una clasificación de los bebés prematuros según las semanas de gestación: prematuro general (menos de 37 semanas de gestación), prematuro tardío (de la semana 34 con 0-7 días a la semana 36 con 6-7 días), gran prematuro (nacidos antes de la semana 32) y prematuro extremo (de menos de 28 semanas) (12). Cuando hay dificultad para conocer exactamente la edad gestacional (EG) del recién nacido, también se clasifica a los bebés según el peso al nacer: el inferior de 2.500 gr. se considera bajo peso al nacimiento, menos de 1500 gr. es de muy bajo peso al nacimiento y el inferior a 1000 gr. de extremado bajo peso (19).

Tabla 3. Clasificación de los bebés prematuros según las semanas de gestación

Clasificación de los bebés prematuros según las semanas de gestación.			
Prematuro general.	Prematuro tardío.	Gran prematuro.	Prematuro extremo.
Menos de 37 semanas de gestación.	De la semana 34 con 0-7 días a la semana 36 con 6-7 días.	Nacidos antes de la semana 32.	De menos de 28 semanas.

Tabla 4. Clasificación de los bebés prematuros según el peso al nacer

Clasificación de los bebés prematuros según el peso al nacer.		
<i>Bajo peso al nacimiento</i>	<i>Muy bajo peso al nacimiento.</i>	<i>Extremadamente bajo peso al nacer.</i>
El peso es inferior a los 2500 gramos.	El peso es inferior a los 1500 gramos.	El peso es inferior a los 1000 gramos.

El niño prematuro nace inmaduro anatómica y fisiológicamente, la cual cosa le hace más sensible al agente externo y más vulnerable a las infecciones y enfermedades. El bebé prematuro sufre hipotermia con más facilidad y puede necesitar más ayuda para alimentarse que los niños nacidos a término (18).

Complicaciones que puede presentar el recién nacido prematuro

Síndrome de dificultad respiratoria (SDR) - La causa de dificultad respiratoria en el bebé prematuro es la inmadurez morfológica y funcional del pulmón. Existe la falta del surfactante, que es una sustancia tensoactiva compuesta por lípidos y proteínas y producida por los neumocitos tipo II que recubre los alvéolos. Su función principal es disminuir la tensión superficial de los alvéolos, evitando la atelectasia pulmonar (20).

El déficit de surfactante a nivel de interfase aire-líquido en el alvéolo conduce al aumento de la tensión superficial, con tendencia de colapso alveolar al final de la espiración. Esto conduce a la disminución de la capacidad residual funcional y de la distensión pulmonar, produciendo la hipoxemia. La mala oxigenación de la sangre da lugar al aumento de la permeabilidad capilar, y junto con el edema provocado por el déficit de surfactante, produce acumulación de material rico en proteínas dentro del alvéolo. En las 4-6 horas de vida este material recubre la superficie alveolar dando lugar a la etapa inicial de dificultad respiratoria (21).

Apnea (apnea primaria, idiopática o de la prematuridad) - Es tanto más frecuente cuanto menor es la edad gestacional. Es causada por inmadurez de los mecanismos de

regulación de la respiración. Existe una pobre respuesta del centro respiratorio al estímulo de CO₂, respuesta atípica a la hipoxia del recién nacido pretérmino (22).

Hemorragia intraventricular (HIV) - Es la principal complicación neurológica en los prematuros y consiste en un sangrado de la matriz germinal y las regiones periventriculares del cerebro. Los mecanismos implicados son la vasodilatación que resulta de la hipoxemia y la hipercapnia, que provoca la ruptura de los capilares de la matriz germinal, la disminución del flujo sanguíneo en la matriz germinal secundaria a hipotensión sistémica, la elevación de la presión venosa que produce estasis y trombosis venosa, provocando la ruptura de los vasos de la matriz germinal. Entonces, en bebés de menos de 30 semanas de gestación, el sangrado se produce sobre el cuerpo del núcleo caudado; en los de entre 30 y 32 semanas, se produce en la cabeza del mismo núcleo y si el niño es a término, el sangrado se presenta en los plexos coroides (34-35).

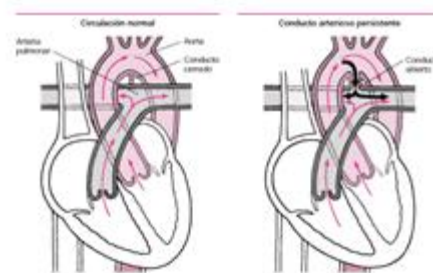


Figura 1. Conducto arterial persistente

Conducto arterial persistente (CAP) - El conducto arterial persistente o ductus arterio-venoso es una estructura vascular que conecta la aorta descendente proximal con la arteria pulmonar principal cerca del origen de la rama pulmonar izquierda. Es esencial para la vida fetal, se cierra de forma espontánea después del nacimiento en la mayoría de los recién nacidos a término. En niños prematuros el cierre del conducto se produce después de la primera semana de vida. Si el conducto arterial persiste abierto se puede complicar a dificultad respiratoria (25).

Enterocolitis necrotizante (ECN) - La prematuridad y la alimentación enteral con fórmula son los únicos factores asociados a ECN con evidencia. La mayor susceptibilidad de los niños prematuros se debe a la inmadurez de la motilidad intestinal, de la función digestiva, de la regulación del flujo sanguíneo mesentérico y de aspectos inmunológicos, locales y sistémicos (26).

Ictericia (existe la ictericia fisiológica, la que se produce pasadas las primeras 24 horas del nacimiento y la patológica, que aparece antes) - Es una hiperbilirrubinemia

de predominio indirecto secundario a inmadurez hepática e hiperproducción de bilirrubina (Bb) por destrucción acelerada de glóbulos rojos. Es un cuadro benigno y autolimitado que desaparece generalmente antes de cumplir un mes de edad. Durante el período neonatal es un fenómeno muy frecuente, aproximadamente el 60% a 70% en los neonatos maduros y el 80% en pretérminos (41,42).

Retinopatía de prematuridad (RDP) - La vascularización de la retina crece de forma centrifugada desde la papila hacia la periferia de la retina. Comienza alrededor de la semana 14 de gestación, la retina nasal se completa hacia la semana 32 y la temporal entre la semana 37 y 40 de gestación. La retinopatía de la prematuridad es una vitreorretinopatía proliferativa periférica que puede aparecer en niños prematuros y que tiene una etiología multifactorial, donde la inmadurez es su principal factor de riesgo (29).

Anemia - Durante el tercer trimestre de gestación, la producción de eritrocitos fetales sufre la transición de la eritropoyesis extramedular, principalmente hepática, hacia la medular. La eritropoyetina es una glicoproteína hormonal que estimula la producción de eritrocitos. La producción de eritropoyetina endógena cambia del hígado hacia el riñón en las últimas semanas del embarazo. El hígado detecta con mucha más sensibilidad la hipoxia que el riñón (30). La anemia del prematuro es un grado más acentuado de la anemia fisiológica. El nivel mínimo de hemoglobina del bebé prematuro se alcanza antes que en el neonato a término, debido a que la supervivencia de los hematíes es menor y la velocidad de crecimiento del prematuro es mayor (31).

Enfermedad pulmonar crónica o displasia pulmonar (DBP)- Es la enfermedad pulmonar crónica más frecuente en los bebés prematuros y de peso muy bajo al nacer. Los bebés prematuros presentan DBP si necesitan oxígeno suplementario de más de 21% durante 28 días o más tiempo. Se trata de una lesión pulmonar secundaria al manejo ventilatorio a concentraciones altas de oxígeno (32,48).

Infecciones - El recién nacido prematuro es un bebé con más susceptibilidad a la infección por la inmadurez de su sistema inmune, debido a la respuesta de neutrófilos ineficiente y por la falta de anticuerpos específicos. Además los recién nacidos pretérminos están expuestos a muchos procedimientos durante la estancia en la UCIN,

que son una puerta de entrada de patógenos. Las infecciones nosocomiales son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad de estos bebés (34).

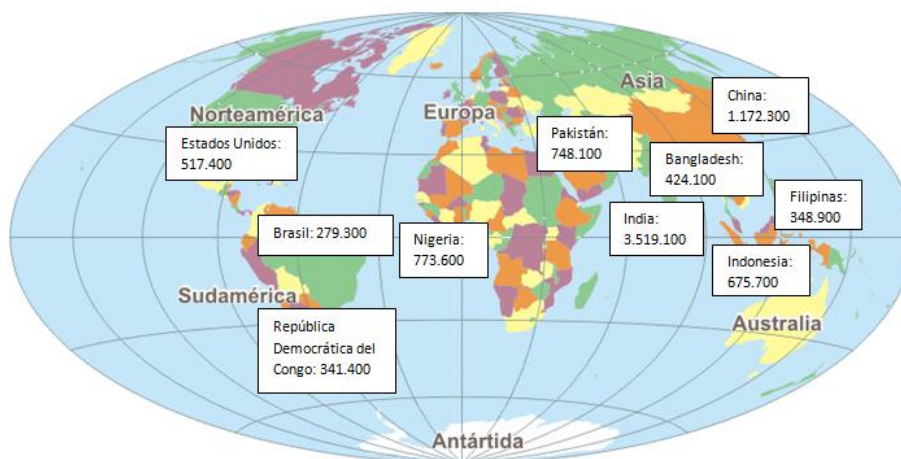
2.4. Prematuridad

2.4.1. Datos epidemiológicos

El parto prematuro es un problema de salud perinatal en todo el mundo. Cada año nacen 15 millones de niños prematuros (18). Se estima que en 2005 se registraron 12,9 millones de partos prematuros, que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. De estos, 11 millones se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe son 0,9 millones de casos. Las tasas más elevadas de prematuridad se registraron en África y América del Norte, con 11,9% y 10,6% de todos los nacimientos respectivamente, y las más bajas en Europa con 6,2% (35).

Los países con el mayor número de nacimientos prematuros son: India con 3.519.100 casos; China con 1.172.300 casos; Nigeria con 773.600 casos; Pakistán con 748.100 casos; Indonesia con 675.700 casos; Estados Unidos con 517.400 casos; Bangladesh con 424.100 casos; Filipinas con 348.900 casos; República Democrática del Congo con 341.400 casos; y Brasil con 279.300 casos (13).

Figura 2. Países con mayor número de nacimientos prematuros



En España han aumentado las tasas de prematuridad en los últimos 20 años. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística la tasa de prematuridad global varió entre 1996 y 2006 del 5,84% al 6,84% (36). En el año 2010 la tasa de prematuridad por 100 bebés nacidos en España fue de 7.4 (37).

Figura 3. Evolución de recién nacidos prematuros en Cataluña (%)

1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
5,8	5,8	6,1	6,4	6,8	7,2	7,6	7,6	7,1	7,6
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
7,5	7,9	7,5	7,3	7,5	7,6	7,8	7,3	7,1	7,3

(38).

Figura 4. Distribución de los neonatos de bajo peso en relación con edad gestacional según las regiones sanitarias en el año 2012

Regió sanitària	Nre.	%
Lleida	289	7,7
Tarragona	529	8,0
Terres de l'Ebre	101	6,1
Girona	577	7,3
Catalunya Central	446	8,5
Alt Pirineu i Aran	30	5,5
Barcelona	4.087	7,9
Total	6.059	7,8

(38).

En los países más desarrollados el aumento del número de nacimientos prematuros se debe al aumento de la edad materna de las gestantes y a los tratamientos de fertilidad, que en muchos casos dan como resultado el embarazo múltiple. Por otra parte, se ha producido un aumento de los embarazos de riesgo y esto ha traído como consecuencia más patología en los embarazos y más partos prematuros (13).

En los países de bajos ingresos las causas principales de los nacimientos prematuros son las infecciones, malaria, VIH y muchos embarazos en adolescentes (13).

2.4.2. Morbimortalidad perinatal

Cada año mueren más de un millón de recién nacidos prematuros, y muchos otros sufren alguna discapacidad física, neurológica o educativa de por vida, lo que comporta un gran coste para sus familias y la sociedad. Unas tres cuartas partes de estos bebés podrían sobrevivir y disfrutar de un desarrollo normal si tuvieran acceso a una atención sanitaria eficaz (18).

La supervivencia en el primer mes de vida de un bebé prematuro está influenciada por un gran número de factores ambientales, sociales y genéticos. Estos factores pueden determinar el crecimiento fetal, riesgo de malformaciones, peso bajo al nacer, nacimientos prematuros o la utilización de servicios de cuidados intensivos obstétricos o neonatales (15).

Según los datos de la Sociedad Española de Neonatología, una muestra de 2600 bebés prematuros nacidos en el año 2007 presentaron la siguiente morbilidad neonatal: 53% de membrana hialina, 13% de displasia broncopulmonar, 9% de enterocolitis necrotizante, 33% de sepsis, 25% de algún grado de hemorragia intraventricular, 2% de leucomalacia quística periventricular y 24% de algún grado de retinopatía del prematuro. Al alta del ingreso neonatal, el 16% habían fallecido, el 3,6% necesitaban oxigenoterapia, el 5,4% precisaban monitor domiciliario y el 56,7% no habían presentado ninguna morbilidad asociada (39).

Los especialistas de la OMS señalan que en países de bajos ingresos, más del 90% de los bebés prematuros de menos de 28 semanas de gestación mueren con pocos días de vida, mientras que menos de 10% mueren en países de altos ingresos (13).

Según los datos estadísticos de la OMS, el número de defunciones en España de menores de 5 años de edad en el año 2000 fueron 2000 casos y en 2010 también 2000 defunciones, de los cuales por las causas de prematuridad fueron el 17% y 17% respectivamente (35).

2.5. Unidad de cuidados intensivos (UCI)

UCI - es una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de al menos dos órganos o sistemas (40).

La unidad de neonatología es la unidad clínica pediátrica que garantiza la cobertura asistencial de los pacientes neonatales y la asistencia y reanimación en la sala de partos y quirófano. Las unidades se dividen en tres niveles según la complejidad de la atención (41).

La **UCIN de mayor nivel** de complejidad incluye el monitoreo permanente cardíaco y respiratorio, registro cada hora de oximetría de pulso, frecuencia cardíaca, tensión arterial invasiva o no invasiva, control de temperatura y líquidos administrados y eliminados. Glucometría como mínimo diariamente y/o más de acuerdo a la condición clínica o riesgo. Evaluación permanente por médico y enfermera (42).

En la **UCIN de nivel intermedio** el monitoreo incluye registro de signos vitales (frecuencia cardíaca, tensión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno en sangre) cada 3 horas, control de líquidos cada 8 horas y control de peso diario. Evaluación y registro médico dos veces al día si el paciente lo requiere y enfermería permanente (42).

La **UCIN de nivel básico** de cuidados incluye registro de signos vitales cada 6 horas, control de líquidos administrados y eliminados, control de peso diario, atención y registro médico diario y de enfermería permanente (42).

2.5.1. Criterios de ingreso en la UCI neonatal (55,56,57):

1. Pacientes críticos inestables que necesitan tratamiento intensivo: ventilación mecánica asistida invasiva (VM) o no invasiva (CPAP), monitorización hemodinámica, infusión de drogas vasoactivas.
2. Pacientes que no se encuentra en situación crítica en el momento de ingreso pero requieren servicios de monitorización de UCI y aquellos que se encuentran en riesgo de necesitar en corto plazo tratamiento intensivo.
3. Pacientes con enfermedad crónica que presentan una complicación aguda o severa reversible y que necesitan los procedimientos realizados en la UCI.

Entre los problemas se encuentran:

- *Edad gestacional de menos o igual a 32 semanas.*
- *Peso inferior a 1500 gr.*
- *Necesidad de ventilación asistida.*
- *Dificultad respiratoria aguda y progresiva con necesidad de más de 40% de FiO2.*
- *Apneas son desaturación menor de 50% o reiteradas.*
- *Enfermedad respiratoria infecciosa aguda con requerimiento de ventilación mecánica hasta los 28 días de vida.*
- *Necesidad de monitoreo invasivo.*
- *Necesidad de drogas vasoactivas.*
- *Cardiopatía congénita cianótica.*
- *Necesidad de exanguinotransfusión.*
- *Arritmia en estudio.*
- *Shock de cualquier etiología.*
- *Recién nacido hidrópico en estabilización sin malformaciones incompatibles.*
- *Sepsis con compromiso clínico en observación de compromiso hemodinámico hasta estabilizar.*
- *Hipotensión o hipertensión.*
- *Bradicardia.*

- *Sospecha de cardiopatía congénita.*
- *Isquemia miocárdica y/o arritmia cardíaca.*
- *Encefalopatía hipoxicoisquémica II o III.*
- *Síndrome convulsivo no controlado.*
- *Síndrome hipotónico severo en riesgo de insuficiencia respiratoria.*
- *Meningitis clínica.*
- *Drenaje ventricular externo.*
- *Pre y post-operatorio de patología quirúrgica mayor.*
- *Post-operatorio que requiere ventilación asistida, monitoreo invasivo, drogas vasoactivas o sedación continua.*
- *Post-operatorio con efecto anestésico aun no recuperado o con apneas.*
- *Post-operatorio neuroquirúrgico.*
- *Síndrome convulsivo en etapa aguda.*
- *Insuficiencia renal aguda, oliguria menos de 1ml/Kg/hora después de la 27 horas de vida.*
- *Creatininemia de más de 2,5 mg/dL o nitrógeno ureico más de 45 mg/dL.*
- *Hiperkalemia más de 7 mEq/L o hipokalemia de menos de 2,5 mEq/L.*
- *Hipernatremia más de 165 mEq/L o hiponatremia de menos de 115 mEq/L.*
- *Hipocalcemia sintomática con calcio total de menos de 5.*
- *Hipoglicemia severa menos de 40 mg.*
- *Hiperbilirrubinemia severa.*
- *Necesidad de cuidados especiales hasta observar la estabilidad hidroelectrolítica y hemodinámica.*
- *Fibrobroncoscopía.*
- *Fotocoagulación, tratamiento RTP.*
- *Inicio de nutrición parenteral.*

2.5.2. Incubadora neonatal

La incubadora neonatal es un dispositivo médico que se utiliza para proporcionar un ambiente en el cual se controlan diferentes variables importantes para el desarrollo del recién nacido. Los componentes principales de una incubadora son: compartimiento para el bebé, capacete, colchón, plataforma, base rodante y módulo de control, en el cual se encuentran todos los parámetros para controlar las constantes como temperatura, humedad y oxígeno. El capacete es



Figura 5. Incubadora neonatal

transparente lo que permite aislar al bebé sin perder el contacto visual con él. Hace de barrera entre el ambiente externo y el microambiente generado por la incubadora, de esta forma le protege de situaciones como corrientes de aire, temperaturas bajas, etc. Generalmente el bebé está monitorizado de frecuencia cardíaca (FC), saturación de oxígeno (SatO2), temperatura (T) y frecuencia respiratoria (FR). La base contiene sensores que alertan en caso de falla, creando la protección para el neonato (59,60,61).

Creación e instauración de un programa educativo para los padres de los bebés prematuros

1. Resumen

Introducción: *En el parto pretérmino, el embarazo como proceso de preparación para el nacimiento del bebé se ve bruscamente interrumpido, provocando una agitación emocional y/o el estrés para los padres, sentimientos como el miedo, angustia, preocupación, etc., por si su hijo sobrevive y/o por cómo va a evolucionar. Actualmente los padres pueden permanecer junto a su bebé en la UCIN y participar en los cuidados básicos, pero no todos lo hacen por falta de apoyo y una educación sanitaria adecuada.*

Objetivos: *1. Creación y puesta en marcha de un programa de educación para la salud dirigido a los padres de los bebés prematuros para capacitarlos en el cuidado más seguro de sus hijos, con el fin de transmitirles la confianza y incentivarlos a aceptar el alta domiciliar precoz. 2. Educar a los padres sobre los cuidados básicos así como los más avanzados de su bebé y resolver las dudas y preocupaciones más frecuentes. 3. Disminuir el tiempo del ingreso del bebé prematuro en la UCIN y así rebajar el coste de su estancia del hospital.*

Metodología: *Se revisaron los fuentes bibliográficos de los últimos años sobre el tema de educación sanitaria y apoyo a los padres de los bebés prematuros. Se realizaron las entrevistas telefónicas con supervisoras de varios hospitales de Barcelona, y se entrevistaron a los padres de los bebés prematuros nacidos en Lleida.*

Discusión: *Las intervenciones que proporcionan el apoyo directo a los padres, proporcionan efectos positivos, que a menudo se asocian con mejores resultados en los bebés. La educación de los padres es el único componente utilizado en todas intervenciones, que puede ser un componente clave asociado a la disminución de la ansiedad y proporción de vínculo afectivo eficaz.*

Abstract

Introduction: *Preterm delivery, pregnancy as a process of preparation for the birth of the baby is abruptly interrupted, causing emotional agitation and / or stress for parents, feelings such as fear, anxiety, worry, etc., if your child survives and / or how it will evolve. Currently parents can stay with their baby in the NICU and participate in the basic care, but not all do so for lack of adequate support and health education.*

Objectives: *1. Creation and implementation of a program of health education to parents of premature babies to train them in the safest care for their children, in order to convey confidence and encourage them to take up residence early discharge. 2. Educate parents about basic care and the most advanced of your baby and any questions and concerns frequently. 3. Decrease time income premature baby in the NICU and thus lower the cost of your hospital stay.*

Methodology: *Bibliographic sources in recent years on the subject of health education and support to parents of premature babies were reviewed. Telephone interviews with supervisors of several hospitals in Barcelona were performed, and the parents of premature babies born in Lleida were interviewed.*

Discussion: *Interventions that provide direct support to parents provide positive effects, which are often associated with better outcomes in babies. Parent education is the only component used in all interventions, which may be a key component associated with decreased anxiety and proportion of effective bonding.*

2. Introducció

El parto es un proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Se considera un parto normal o a término aquel que comienza espontáneamente, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo (1-2). El bebé nace de forma espontánea en posición cefálica entre las 37 y 42 semanas cumplidas. Después del parto tanto la madre como el bebé están en buenas condiciones (8).

El parto prematuro es aquel que se desencadena antes de la semana 37 de gestación (5). Es la patología clínica más importante a la que hace frente la reproducción. La prematuridad es un factor importante de la morbo-mortalidad neonatal con consecuencias adversas para la salud a largo plazo (36,48).

En el parto pretérmino, el embarazo como proceso de preparación para el nacimiento del bebé se ve bruscamente interrumpido, lo que provoca una agitación emocional y/o el estrés para los padres. En estas situaciones los profesionales sanitarios no solo se enfrentan a cuidar al bebé, sino también a sus padres (49).

Durante varias décadas los partos pretérmino han sido un foco de investigación y de intervención en salud pública, pero las tasas de incidencia se han mantenido estables o han incrementado (5).

Anteriormente, hace unas cuatro décadas, ingresaban a los bebés en la UCIN introduciéndolos en la incubadora de un área donde sólo podía acceder el personal sanitario. Los padres sólo podían ver a su bebé a través del cristal y en horarios restringidos. El contacto madre-hijo tenía lugar en el momento del alta hospitalaria. La madre visitaba al bebé con frecuencia, pero a medida que pasaba el tiempo las visitas eran más esporádicas debido a que poco podían hacer los padres. El momento del alta era angustioso para los padres inexpertos porque lo único que aprendieron es lo que observaron a través del cristal. Eran muy frecuentes los reingresos, las llamadas telefónicas y las consultas. Esto convertía la esperada felicidad y tranquilidad familiar en un ambiente de preocupaciones, dudas y miedos (49).

Actualmente existen tratamientos y cuidados muy avanzados para los niños prematuros. Los bebés pretérmino con muy bajo peso sobreviven gracias a estos tratamientos, aunque frecuentemente con largas estancias en la UCIN. Para los padres, el ingreso de su bebé en la UCIN es acompañado por miedo, angustia, preocupación, incerteza, etc., por una parte por si su hijo sobrevive y por otra, por cómo va a evolucionar (49). Para algunas familias sus bebés prematuros permanecen en la UCIN bastante estables y en los únicos cuidados que participan los padres es en la alimentación, higiene y curas básicas de su hijo. No obstante, un recién nacido pretérmino es muy vulnerable porque aún no está desarrollado morfo-fisiológicamente y el medio externo todavía representa una amenaza para su salud (50). Mientras los bebés están ingresados en la UCIN las enfermeras los observan durante las 24 horas, y en caso de cualquier cambio anormal que represente un peligro para el niño actúan rápidamente, debido a la gran especialización en la formación de enfermera. En estos momentos los padres angustiados esperan a que su hijo se recupere.

Hoy en día los padres pueden estar en la UCIN con su bebé. Se ha demostrado que su presencia así como el contacto con su hijo es tan favorecedor para ellos como para su bebé (51,52). Se recomienda la participación de los padres en los cuidados de su hijo prematuro durante la hospitalización para que adquieran la información y entrenamiento de los cuidados posteriores en su domicilio (50). Además, existen estudios (51,53–56) que demuestran que la formación de los padres así como su participación activa en los cuidados es fundamental para la interacción con su hijo y también en su desarrollo de ser padres, además disminuye el miedo, el estrés y aumenta la autoestima.

El alta domiciliaria precoz en bebés prematuros se recomienda para evitar las complicaciones como infecciones nosocomiales durante la hospitalización prolongada (57,58). No obstante, no todos los padres aceptan el alta debido a miedo por no saber cuidar correctamente de su hijo (57). Por ello, la enfermera tiene un rol fundamental donde debe proporcionar la formación en un lenguaje sencillo, de forma oral y por escrito sobre los cuidados básicos y cómo actuar en situaciones de peligro (59). Asimismo debe crear un clima de confianza y confort para resolver dudas y disminuir las preocupaciones y la ansiedad de los padres inexpertos (60). Además, durante el ingreso la auto-confianza de los padres tiene que ser reforzada de forma repetitiva y

evaluada antes de darles el alta domiciliaria, debido a que los padres inseguros al alta son más propensos a tener problemas con su bebé en el domicilio, la cual cosa puede perjudicar la relación entre padres e hijo (54). El apoyo a los padres puede empezar inmediatamente después del nacimiento para promover la interacción positiva entre los padres y su hijo. Se ha demostrado que la intervención preventiva temprana influye en que el momento de alta les resulta menos traumático (54,56).

3. Justificación

El recién nacido prematuro es un bebé más vulnerable que el recién nacido a término. Al haber nacido antes de la semana 37 de gestación aún no está desarrollado completamente morfo y fisiológicamente. El niño prematuro puede presentar cualquier complicación con más facilidad que un bebé a término, como por ejemplo atragantarse durante la toma de leche, dejar de respirar, adquirir infecciones de las vías respiratorias, presentar hipotermia, etc.

Cuando el embarazo se interrumpe bruscamente y empieza el parto antes de la fecha prevista, provoca miedo, angustia y preocupaciones en los padres, por una parte de cómo va a nacer y por otra de cómo va a evolucionar. Los padres necesitan el apoyo y la información sobre su bebé. Por ello, la enfermera experta tiene un rol fundamental. La profesional debe crear un clima de confianza y proporcionar la información y educación sobre los cuidados de su hijo. Debe proporcionar la información en un lenguaje sencillo, de forma oral y por escrito sobre los cuidados básicos así como actuar en situaciones de peligro. Asimismo debe asegurarse de que los padres hayan comprendido y aprendido sobre los cuidados de su bebé antes de recibir el alta domiciliaria precoz.

La participación de los padres en los cuidados de su hijo mientras dura la estancia hospitalaria es una recomendación del Ministerio de Sanidad. A partir de aquí cada hospital o clínica adopta su programa de intervención, por lo que existen diferentes tipos de programas de educación sanitaria para los padres que participen en el alta domiciliaria. Estos programas educativos tienen como objetivo formar a los padres sobre los cuidados básicos de su hijo pretérmino y de cómo deben actuar en situaciones de peligro. Es evidente que la interacción temprana de padres-hijo es tan favorecedora para ellos como para su bebé. Además, los conocimientos sobre los cuidados de su bebé les proporcionan la seguridad y la autoconfianza y disminuye el miedo y el estrés.

Hoy en día los padres pueden estar en la UCIN junto a su bebé. Se ha demostrado que su presencia así como el contacto con su hijo es tan favorecedor para ellos como para su bebé (51,52). Se recomienda la participación de los padres en los cuidados de su hijo prematuro durante la hospitalización para que adquieran la información y entrenamiento de los cuidados posteriores en su domicilio (50). Además, existen estudios (51,53–56)

que demuestran que la formación de los padres, así como su participación activa en los cuidados, es fundamental para la interacción con su hijo y para su desarrollo como padres, además se disminuye el miedo, el estrés y se aumenta la autoestima.

Los motivos por los cuales algunos padres no participan activamente en los cuidados de su hijo prematuro durante la estancia en la UCIN son la inseguridad o miedo de hacer-lo mal, la falta de información, los problemas de comprensión en caso de inmigrantes, las costumbres y/o creencias culturales, la falta de tiempo por causas laborales, cuidados de otros hijos, etc. Son motivos suficientes y justificables para la falta de tiempo de participación y aprendizaje sobre los cuidados de su bebé pero también son manejables.

El *Hospital Universitario Arnau de Vilanova* (HUAV) de Lleida es uno de los que disponen de UCIN. Este servicio de cuidados intensivos neonatales tiene como objetivo no sólo reducir la morbi-mortalidad sino centrarse en la atención integral del recién nacido. Mientras dura la estancia hospitalaria los padres tienen un cierto punto de tranquilidad porque saben que sus bebés están en las manos de las enfermeras expertas durante las 24 horas al día. Mientras tanto los padres pueden participar en los cuidados de su bebé para aprender y ganar experiencia para los cuidados posteriores en su domicilio. Pero no es un proceso obligatorio, por lo que hay algunos padres que sólo observan y dejan hacer los cuidados más complejos a los profesionales. Esto conlleva a que los padres no están seguros de aceptar el alta domiciliaria precoz, y si lo hacen les resulta angustioso. Al cabo de poco tiempo de la estancia domiciliaria con su bebé prematuro, la esperada felicidad y tranquilidad familiar se convierte en un ambiente lleno de preocupaciones, dudas y miedos (49).

El alta domiciliaria precoz se ofrece a los padres de los bebés prematuros que se alimentan cada tres horas y ganan peso, con edad gestacional de 35-36 semanas y el peso de 2000-2100 gramos, o incluso con menos peso pero con estrecha vigilancia. Irse antes de cumplir la edad corregida al domicilio comporta beneficios para el bebé, los padres y el hospital. Los beneficios son la mejor ganancia del peso del niño en comparación con la estancia hospitalaria, la mejor relación entre los padres e hijo, la disminución del estrés de los padres de desplazarse y estar en el hospital, la disminución de las complicaciones como infecciones nosocomiales, etc. Otro beneficio es la

reducción significativa del gasto económico del mantenimiento del bebé prematuro en la UCIN.

La enfermera experta en los cuidados intensivos neonatales es la clave para organizar la intervención hacia este problema. Siendo un enlace entre los padres y el bebé, tiene un rol fundamental para unirlos disminuyendo el miedo y la inseguridad de los padres y creando un clima de confianza en su nueva etapa de vida. La meta de la enfermera consiste en la transmisión de sus conocimientos, creando un programa educativo sobre los cuidados de su bebé prematuro, haciéndoles partícipes de forma activa y evaluándolos para asegurarse de la efectividad de la intervención. Al mismo tiempo debe adoptar el horario y reunir todo el material necesario para llevar a cabo el programa educativo de la forma más eficaz posible.

4. Marco teórico

4.1. Aspectos psicológicos del parto prematuro

El parto prematuro trae como consecuencia la aparición del bebé en la vida mental de la madre en el momento en que ella todavía posee representaciones de su bebé imaginario, agravado por el hecho de que se trata de un bebé inmaduro o enfermo, o con riesgo de muerte. Los padres manifiestan sentimientos de ansiedad, infelicidad, culpa, fracaso, decepción, pena, miedo, frustración, pérdida de control, impotencia y envidia. La autoestima y la autoconfianza descienden en relación a la separación de su bebé. Un porcentaje relativamente elevado toca el umbral de un padecimiento clínico, generalmente de tipo depresivo o ansioso (61).

Las madres de los bebés prematuros que ingresan en la UCIN experimentan doble crisis. Por una parte la interrupción inesperada del embarazo y por otra la crisis circunstancial como consecuencia del ingreso de su bebé (61). Para ambos padres la prematuridad de su hijo produce una desorganización debido a que no logran controlar sus sentimientos y aceptar la nueva situación, produciendo una ruptura en las conductas habituales. Manifiestan tristeza, reacción de duelo, pérdida de apetito, dificultades de sueño, rabia, culpa y desesperanza. Los padres son susceptibles de presentar estrés como consecuencia de la imposibilidad de ejercer el rol de padres, debido al ingreso del prematuro en la UCIN, este impacto puede afectar a las actitudes y conductas con su bebé (61).

4.2. Evolución de los cuidados neonatales

Desde la antigüedad, los cuidados de la mujer embarazada ha sido terreno de las parteras, mujeres mayores y abuelas de la comunidad que eran consideradas expertas en la materia. La nodriza amamantaba al bebé en caso de que la madre biológica no pudiera. Cuando el embarazo y parto eran complicados, solicitaban ayuda de médicos hombres, aunque muchos de ellos carecían de la experiencia y el interés para tratar a estas mujeres. Por estas razones eran muy frecuentes las complicaciones y desenlaces fatales, tanto en la madre como en el bebé.

El primer hospital de niños en el mundo fue fundado en la antigua Roma, donde recibían a los bebés no deseados que eran dejados en las puertas de forma anónima.

En el año 1800, Francia tenía inquietud por las tasas bajas de crecimiento de la población. El deseo de conseguir mayor número de hombres para la futura armada daba lugar al interés de disminuir la tasa de mortalidad infantil y mejorar los cuidados neonatales. Así mismo empezaron a preocuparse por tener registros y estadísticas sobre la infancia, lo que dio origen a la primera base de datos mundial.

En el 1900 en Inglaterra y Gales, los mayores accidentes del parto (entre el 50% y 70%) eran las muertes maternas. Entonces, la mayor preocupación era salvar la vida de la madre, a los bebés enfermos se les prestaba muy poca atención y por eso las tasas de mortalidad infantil eran muy altas. Afortunadamente, durante el siglo XIX y XX los avances en los cuidados del recién nacido y de la madre sucedieron con mucha velocidad, lo que permitió disminuir drásticamente la mortalidad materna e infantil (62).

La idea de la incubadora neonatal se le ocurrió al obstetra francés Stéphane Tarnier (1827-1897) después de visitar un zoológico de París. En el 1878 el obstetra modificó una cámara con un calentador, basándose en la incubadora para criar a los pollos y luego le pidió a Odile Martin, un fabricante de instrumentos, que desarrollase un equipo para los recién nacidos prematuros. Fue así como Martin construyó la primera incubadora de metal, hecho que logró disminuir la mortalidad neonatal entre los recién nacidos con peso de menos de 2000 gramos. En esa época ingresaban a los bebés en la Unidad de los Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) introduciéndolos en la incubadora de un área, donde sólo podía acceder el personal sanitario. Los padres solamente podían ver a su bebé a través del cristal y en horarios restringidos. El contacto madre-hijo tenía lugar en el momento del alta hospitalaria. La madre visitaba al bebé con frecuencia, pero a medida que pasaba el tiempo las visitas eran más esporádicas debido a que poco podían hacer los padres. El momento del alta era angustioso para los padres inexpertos porque lo único que aprendieron es lo que observaron a través del cristal. Eran muy frecuentes los reingresos, las llamadas telefónicas y las consultas. Esto convertía la esperada felicidad y tranquilidad familiar en un ambiente de preocupaciones, dudas y miedos (62).

Actualmente, existe evidencia de que la participación de los padres en el cuidado de su bebé en la UCIN favorece tanto el desarrollo del rol de ser padres como es beneficioso para el recién nacido.

4.3. Beneficios de participación de los padres en los cuidados de su bebé prematuro en la UCIN

El ingreso y la estancia del recién nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos provoca efectos indeseables tanto para el bebé como para sus padres. Por esto, la creación de vínculos y un apego temprano ayuda en el desarrollo, crecimiento y salud del bebé. La presencia constante de al menos un familiar en la UCIN facilita el apego que es la base del desarrollo psico-emocional del niño. A través del contacto piel a piel, olfato, gusto, tacto, oído y visión se provee las experiencias apropiadas que reducen las interrupciones del sueño, el dolor físico y el estrés (63).

El contacto piel a piel o método madre canguro (MMC) proporciona seguridad y efectos como mayor estabilidad de las constantes vitales, los bebés consiguen tener mayor número de horas de sueño, favorece la lactancia materna aumentando la secreción de la prolactina y mejorando la succión-deglución, hay una reducción de infecciones nosocomiales y los bebés sienten menos dolor ante los estímulos dolorosos. Los padres que cuidan a sus hijos durante el ingreso en cuidados intensivos muestran menores niveles de ansiedad y además posteriormente desarrollan mayor confianza en el cuidado de su bebé y una mayor atención a sus necesidades (62,63,64).

El MMC acorta la estancia hospitalaria porque los bebés experimentan una ganancia de peso superior y las madres se sienten más partícipes, confiadas y preparadas para el alta domiciliario. Además, según un estudio realizado en Tarragona (66), el MMC supone una reducción de 17 días de estancia en la UCIN, lo que supone una reducción media del coste de 7616 euros por cada niño prematuro.

Es muy importante la participación de los padres en los cuidados de su hijo mientras permanece en la unidad neonatal. Es evidente que la relación temprana entre la madre y el bebé disminuye potencialmente los efectos adversos del parto prematuro. La presencia de la madre o del padre mejora la clínica del prematuro y su crecimiento y

desarrollo, también su participación posibilita la interacción madre-hijo y establece el vínculo afectivo. Las interacciones con los padres le dan al bebé confianza y seguridad y le permiten desarrollar lazos emocionales saludables que son importantes para el proceso del apego. La interacción madre-hijo favorece que la madre obtenga seguridad y confianza en sí misma y los padres se sienten preparados para el alta de su hijo (67).

4.4. Alta domiciliaria precoz

Para el recién nacido prematuro el alta domiciliaria precoz se dará cuando se alimente correctamente cada tres horas y gane el peso adecuado, suponiendo una edad gestacional de 35-36 semanas y el peso de 2000-2100 gramos. También es posible el alta precoz del prematuro con un peso de 1800-1900 gramos, siempre acompañada de una estrecha vigilancia domiciliaria por médico y enfermera, y que la situación familiar lo permita. Para ello, los padres participan en los cuidados de su hijo mientras está ingresado, adquiriendo experiencia para los cuidados en el domicilio. Cuanto mayor sea la participación, mayor será la preparación, seguridad y autonomía que alcanzarán para asumir el cuidado de su bebé (68).

A los padres que proporcionan el cuidado a su bebé, previamente instruidos y supervisados por la enfermera que los visita al domicilio dos o tres veces por semana. El tiempo de ADE es entre una y dos semanas, según la ganancia del peso. Al final de la atención domiciliaria los padres acuden al hospital con su hijo para que le den de alta del programa de ADE. Entonces pasa a depender de la atención primaria (68).

Tabla 5. Los objetivos del programa ADE y las ventajas del alta domiciliaria precoz

<i>Los objetivos del programa de ADE (68).</i>	<i>Las ventajas de alta domiciliaria precoz y ADE (62,63).</i>
➤ Favorecer el desarrollo del neonato, a través del estímulo que le dan sus padres, que llega a ser	➤ Los padres pueden estar y cuidar al recién nacido de forma permanente, lo que mejora la

<p>mayor y mejor que en el hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Favorecer un buen vínculo padres-hijo, facilitado por el contacto más próximo. ➤ Disminuir los costes hospitalarios y mejorar la eficiencia del Sistema sanitario. La ADE suele durar unos 10 días, tiempo que el bebé seguiría ingresado en la UCIN, con todos los costes que ello comporta. Con el alta domiciliario precoz y ADE, la reducción de la estancia hospitalaria puede variar entre 4 y 17 días. 	<p>relación y satisfacción de los mismos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Disminuye el estrés al no tener que desplazarse al hospital. ➤ Favorece a la lactancia materna por la constante proximidad del niño. ➤ Mejora el medro (la curva del peso). ➤ Disminuye el riesgo de infecciones nosocomiales. ➤ Se reducen los inconvenientes de la UCIN, como ruidos, infecciones, ausencia del ritmo nictemeral, etc. ➤ La educación de los padres sobre los cuidados de su bebé puede realizarse tanto previo al alta (están más receptivos a las explicaciones teórico-prácticas sabiendo que deberán cuidar el niño en casa) como tras el alta. Las visitas de la enfermera a domicilio permiten conocer la realidad de cada caso y explicar o indicar las soluciones más oportunas. ➤ Reducción del gasto económico. ➤ Se evita la hospitalización prolongada, que desfavorece la relación padres-hijo.
---	---

Algunos padres rechazan el alta domiciliaria por miedo a no saber cuidar correctamente del bebé. Por esto se aconseja la educación sanitaria y la participación de los padres en el cuidado de su hijo durante el ingreso en la UCIN (68).

4.5. Gastos económicos del “Institut Català de la Salut”

Tabla 6. Precios públicos de los servicios sanitarios prestados por "Institut Català de la Salut"

Precios públicos de los servicios sanitarios que presta "Institut Català de la Salut"	
<i>Resolución STL/353/2013, de 13 de febrero</i>	
<i>Peso de nacimiento de neonato con vida</i>	<i>Precio por proceso (€)</i>
Menos de 750 g.	139.311,00
750 g - 999 g.	102.371,00
1.000 g–1.499 g, sin intervención quirúrgica (IQ).	45.228,00
1.000 g - 1.499 g, con IQ.	111.845,00
1.500 g - 1.900 g, sin IQ, con múltiples problemas mayores o ventilación mecánica de 96 horas o más.	27.278,00
1.500 g - 1.900 g, con IQ, sin múltiples problemas mayores.	19.930,00
1.500 g - 1.900 g, con IQ, con múltiples problemas mayores.	62.400,00
1.500 g - 1.999 g, sin IQ, sin múltiples problemas mayores.	15.949,00
1.500 g - 1.900 g, sin IQ, con problemas menores.	11.673,00
1.500 g - 1.900 g, sin IQ, con otros problemas.	8.003,00
2.000 g – 2.499 g, con IQ, con múltiples problemas mayores.	58.006,00

2.000 g – 2.499 g, con IQ, sin múltiples problemas mayores.	14.761,00
2.000 g – 2.499 g, sin IQ, con múltiples problemas mayores o ventilación mecánica de 96 horas o más.	12.654,00
2.000 g – 2.499 g, sin IQ, con problemas mayores.	6.697,00
2.000 g – 2.499 g, sin IQ, con problemas menores.	4.064,00
2.000 g – 2.499 g, sin IQ, diagnóstico de neonato normal.	1.401,00
2.000 g – 2.499 g, sin IQ, con otros problemas.	3.715,00
Más de 2.499 g, con IQ, con múltiples problemas mayores.	36.447,00
Más de 2.499 g, con IQ, sin múltiples problemas mayores.	7.522,00
Más de 2.499 g, con procedimiento abdominal menor.	3.693,00
Más de 2.499 g, sin IQ, con múltiples problemas mayores o ventilación mecánica de 96 horas o más.	8.331,00
Más de 2.499 g, sin IQ, con múltiples problemas mayores.	3.158,00
Más de 2.499 g, sin IQ, con múltiples problemas menores.	1.944,00
Más de 2.499 g, sin IQ, con diagnóstico de neonato normal.	777,00
Más de 2.499 g, sin IQ, con otros problemas.	2.264,00

4.6. Barreras en la participación de los padres en los cuidados de sus bebés prematuros en la UCIN

1. Barreras físicas

Muchas unidades de neonatología tienen poco espacio para que los padres puedan permanecer al lado de la incubadora en la se encuentra su bebé. Otro tipo de barrera es la separación de la unidad de obstetricia de la unidad de neonatología (69).

2. Barreras socioeconómicas

Los padres se ven obligados a dejar sus hogares, trabajos y otros hijos para permanecer junto a sus bebés prematuros. Algunos no pueden dejar a sus otros hijos o tienen obligaciones laborales que les imposibilitan estar en el hospital. La situación se agrava en caso de madres solteras (69).

3. Barreras culturales

A algunos padres de otras culturas se les invita a estar con sus bebés, pero prefieren estar ausentes cuando el médico necesita realizar alguna intervención, cuando la enfermera necesita estar con los bebés o cuando el personal de la limpieza tiene que trabajar en el área (69).

4. Barreras de organización

A veces las enfermeras organizan su rutina diaria sin tener en cuenta las necesidades y el derecho de los padres y el bebé a estar juntos, imponiendo ciertas rutinas con horarios que imposibilitan toda participación de los padres en el proceso de alimentación o el cambio de pañales de su hijo. Esto pasa en muchos servicios por sobrecarga extrema del personal debido al colapso del sistema sanitario, lo que provoca la falta de motivación de los profesionales de salud (69).

4.7. Cuestionarios a los padres sobre la educación de los cuidados neonatales recibida

En México realizaron una evaluación mediante los cuestionarios de los padres que recibieron educación sanitaria sobre los cuidados de su bebé prematuro en la UCIN. Las

preguntas fueron: 1. ¿Creen que la capacitación que les dio el personal de la UCIN fue suficiente y adecuada antes del alta del niño? Sí, No (¿Por qué?). 2. ¿Qué proponen para mejorar su capacitación? 3. ¿Qué temores tuvieron ustedes antes de llegar a su casa? 4. ¿Cuáles fueron los tres principales problemas que enfrentaron en su casa al cuidar a su bebé: alimentación, uso de oxígeno, administración de medicamentos, ciertos cuidados de su hijo, u otras dudas?

En relación a la capacidad de los padres en el manejo de los prematuros, respondieron que sí recibieron la educación sanitaria, pero según ellos fue insuficiente porque no recibieron recomendaciones acerca de ¿Qué hacer en caso de una emergencia? (70).

4.8. Hospitales y programas existentes donde practican la educación sanitaria a los padres de los bebés prematuros que participan en el alta domiciliaria precoz

En Cataluña existen 34 hospitales o clínicas que disponen de Unidades Neonatales, entre ellos hay de cuidados intensivos intermedios o nidos. Sólo en 19 de estos 34 permiten el libre acceso las 24 horas a alguno de los padres para que puedan estar con su hijo (71). Desgraciadamente, no en todos los hospitales existe el programa de educación para los padres que participan en el alta domiciliaria precoz de su bebé prematuro.

En el hospital San Joan de Déu de Barcelona existe un programa de educación para los padres que participan en el alta domiciliaria así como hospitalaria (72). Consiste en una sesión formativa durante una hora y media para los padres de los bebés prematuros antes de que se vayan de alta, donde les explican los cuidados básicos de su hijo y resuelven dudas, pero no les enseñan cómo actuar en el caso de emergencia. Igual es la intervención en el hospital Vall d'Hebron de Barcelona, las sesiones formativas se hacen en función del alta domiciliaria, es decir no tienen los días establecidos durante la semana, lo hacen en función de la demanda (73). En los dos casos comentan no tener reingresos de bebés ni llamadas telefónicas de los padres.

5. Objetivos

Objetivo principal

1. Creación y puesta en marcha de un programa de educación para la salud dirigido a los padres de los bebés prematuros para capacitarlos en el cuidado más seguro de sus hijos, con el fin de transmitirles la confianza y incentivarlos a aceptar el alta domiciliar precoz.

Objetivos específicos

2. Formar y educar a los padres sobre los cuidados básicos así como los más avanzados de su bebé y resolver las dudas y preocupaciones más frecuentes.

3. Disminuir el tiempo del ingreso del bebé prematuro en la UCIN y así rebajar el coste de su estancia del hospital.

6. Metodología

6.1. Preguntas

- ❖ ¿Resulta angustioso para los padres del bebé prematuro afrontar el cuidado de su recién nacido?
- ❖ ¿Hay un volumen significativo de bebés prematuros que nacen en HUAV para la implantación de un programa educativo para los padres?
- ❖ ¿Es necesaria la contratación de una enfermera demás para llevar a cabo este programa educativo?
- ❖ ¿De qué manera se puede poner en marcha dicho programa en HUAV?
- ❖ ¿Tiene suficientes beneficios el alta domiciliario precoz?

El programa educativo se diseña para los padres de los bebés prematuros ingresados en la UCIN del HUAV de la ciudad de Lleida (Cataluña). Va dirigido a las enfermeras expertas en cuidados intensivos neonatales del HUAV, para la puesta en marcha del mismo programa.

6.2. Metodología de búsqueda bibliográfica

Las bases de datos consultadas han sido: PubMed, Google Escolar, Cinhal, Scopus, Cuiden y Cochrane.

El período de búsqueda se ha realizado durante los meses de noviembre a febrero del año 2013-2014.

Las palabras clave utilizadas han sido: padres, bebé prematuro, bebé pretérmino, alta domiciliaria, educación sanitaria, intervención, estrés, depresión, infecciones, etc.

Se han encontrado artículos de diferentes países en sus idiomas correspondientes, como inglés, portugués, castellano, catalán, etc.

6.3. Síntesis de la evidencia científica encontrada

En el artículo (51) de Sonia Guillaume, explica sobre un estudio que llevaron a cabo con el objetivo de evaluar cómo el vínculo temprano de los padres con su bebé prematuro influye en las expectativas de los padres. A nivel mundial los padres describen como muy importante la interacción temprana para empezar a sentir el vínculo con su hijo. Según este estudio, encontraron que los padres que recibieron explicaciones sobre el estado de su bebé en la UCIN, así como advertencias acerca de los cambios, fueron factores muy importantes para que los padres puedan estar más tranquilos y enlazar con su recién nacido. Los padres dejaron claro que el miedo y la ansiedad impiden su capacidad de interactuar con el bebé. Además, la relación también está marcada por las máquinas y los tratamientos, pero porque así los mismos padres sienten algo de control sobre la situación.

Un hallazgo importante de este estudio es que los padres esperan que estas explicaciones sean transmitidas a través de una actitud de cuidado, con integridad personal en los intercambios con ellos, en lugar de conocimiento técnico. Por otro lado se observó que los padres interactúan con sus bebés de manera diferente de lo que lo hacen las madres, muchos de ellos interactúan como apoyo y consuelo para la madre.

Finalmente concluyeron que las actitudes de cuidado y las enfermeras que comunican y se adaptan a las necesidades en momentos diferentes, ayudan a los padres a interactuar y crear un vínculo con su bebé.

Por otra parte, se realizó un estudio (74) para evaluar el programa Madre-Canguro que se practica mientras dura el ingreso del bebé prematuro en la UCIN. De las 232 madres que han participado en el programa, el 41% no cumple los componentes del programa, como contacto piel a piel, posición canguro, posición incorrecta del bebé, técnicas para evitar el enfriamiento y para mantener una adecuada oxigenación en el bebé. Además de las 132 multíparas, 65.9% no cumplían con algún componente del programa y de las 100 primíparas el 34.1% incumplían. El principal factor es el nivel de escolaridad, se observó que en el grupo de las mamás que no cumplían los componentes del programa el 70% no había terminado el bachillerato.

Según el artículo de Jenny Lizarazo-Medina (53) se realizó un estudio sobre la evaluación del programa madre canguro (PMC). Entre los beneficios del PMC han destacado la ganancia del peso a un ritmo uniforme y sostenido, la mejor calidad de atención y cuidado proporciona al bebé el fortalecimiento de la relación madre-hijo y la reducción significativa en la mortalidad, las complicaciones severas, infecciones nosocomiales, adecuación de la lactancia materna exclusiva y reducción de la disconformidad materna.

El aspecto más relevante de los beneficios del PMC es el fortalecimiento de la relación madre - hijo, en particular el fortalecimiento de la seguridad y confianza de las mujeres madres de bebés prematuros o con bajo peso al nacer.

En Países Bajos se puso en marcha un estudio (54) sobre la eficacia de un *Video de Interacción-Orientación* para los padres de los bebés prematuros. El video es un método para las enfermeras y los trabajadores del hospital de ajuste para orientar y apoyar la iniciación y el contacto positivo entre padre e hijo durante la estancia en el hospital. En este estudio participaron 210 recién nacidos prematuros con sus padres. Como evaluación de la intervención, se realizó una encuesta para los padres, en primer lugar se recogieron los datos de las interacciones padres-hijo y en segundo lugar se evaluaron los síntomas de los padres como el estrés, la depresión, la ansiedad, los sentimientos de ira y hostilidad, y los aspectos del bebé como llorar, comer y dormir.

Para identificar las intervenciones eficaces se hizo una revisión sistemática (55) para evaluar la comunicación, apoyo y proporción de información para los padres de bebés prematuros. Resultó que los padres refieren sentirse apoyados a través de programas individualizados de atención orientada al desarrollo y conducta, a través del cual se explica el método madre-canguro, masajes, etc. También sintieron apoyo con un grupo de otros padres en la misma situación, dónde podían reunirse y apoyarse unos a otros. Es evidente la importancia de preparar a los padres para la unidad neonatal a través de la gira neonatal y una buena comunicación, además las intervenciones que ayudan a apoyar, comunicar e informar a los padres mejoran el retorno a casa.

Según el artículo de Karen Benzies (56) se llevó a cabo una revisión sistemática de los artículos de las distintas bases de datos con el objetivo de categorizar los componentes

clave de los programas de intervención temprana para los padres de bebés prematuros y determinar sus efectos. Resultó que las intervenciones emplean múltiples componentes como el apoyo psicosocial, la educación de los padres, y/o intervenciones terapéuticas de desarrollo dirigidos al bebé. Todas las intervenciones utilizan alguna forma de educación para los padres. A través de esta revisión concluyeron que los efectos positivos y clínicamente significativos de las intervenciones tempranas se observaron en algunos aspectos psicosociales de las madres de los bebés prematuros como la ansiedad, estrés y los síntomas depresivos.

7. Intervención

Los nacimientos prematuros comportan problemas fisiológicos, funcionales y de adaptación a la vida extrauterina en los bebés por haber nacido antes de la semana 37 de gestación, y en muchas ocasiones es necesario su ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

El parto prematuro trae como consecuencia la aparición del bebé en la vida mental de la madre en el momento en que ella todavía posee representaciones de su bebé imaginario, agravado por el hecho de que se trata de un bebé inmaduro o enfermo, o con riesgo de muerte. Entonces la esperada felicidad y tranquilidad de los padres se convierte en un ambiente lleno de preocupaciones, dudas y miedos por si su hijo sobrevive o cómo va a evolucionar.

El ingreso en la UCIN del bebé pretérmino comporta barreras físicas, ambientales, económicas, socioculturales o de organización para la interacción y/o cuidados de su hijo para los padres. Otro factor importante para la interacción y el vínculo afectivo padre-hijo son los conocimientos sobre el manejo y los cuidados de su bebé. En ello la enfermera experta en los cuidados intensivos neonatales tiene un rol fundamental en explicarles detalladamente todos los aspectos sobre los cuidados básicos de su bebé así como prepararles para las situaciones de urgencia estando de alta domiciliaria u hospitalaria en su domicilio.

El ingreso prolongado en la UCIN comporta posibles problemas como infecciones nosocomiales del recién nacido, que aún aumentarían su estancia hospitalaria, el estrés para el bebé al estar separado de su madre, ruido constante de los monitores y de las personas, menos interacción madre-hijo debido a los desplazamientos al hospital, poco espacio en la unidad, etc. Por otra parte, el ingreso prolongado del bebé aumenta el gasto económico del hospital.

El alta domiciliaria precoz consiste en dar el alta hospitalaria antes de la fecha habitual en la UCIN. Para el recién nacido prematuro el alta domiciliaria precoz se dará cuando se alimente correctamente cada tres horas y gane el peso adecuado, suponiendo una edad gestacional de 35-36 semanas y un peso de 2000-2100 gramos. También es

posible el alta precoz del prematuro con un peso de 1800-1900 gramos, siempre acompañada de una estrecha vigilancia domiciliaria por médico y enfermera, y que la situación familiar lo permita.

El alta domiciliaria precoz tiene muchos aspectos positivos como la mejora de la evolución del peso del bebé, la disminución del estrés al no tener que desplazarse al hospital, el hecho de que los padres pueden cuidar de su bebé de forma permanente, la disminución del riesgo de infecciones nosocomiales, se evita la hospitalización prolongada, disminuye el estrés en el recién nacido por no oír el ruido de los monitores y/o las personas y disminuye el gasto hospitalario.

Para que los padres acepten al alta domiciliaria precoz tienen que estar seguros en el manejo de su bebé pretérmino. Según las entrevistas realizadas con algunos padres (75, 76) de los bebés prematuros y algunos fuentes bibliográficos (70), la participación en los cuidados básicos en la UCIN mientras el bebé está ingresado, no son suficientes los conocimientos que se les transmite. En algunos hospitales realizan sesiones formativas semanales para los padres, aun así comentan que les faltarían más conocimientos para los casos de urgencia en el domicilio y tener una atención personalizada por la enfermera para resolver todas las dudas.

¿En qué consiste nuestra intervención?

Consiste en diseñar un programa formativo/educativo sobre los cuidados del bebé para los padres de los bebés prematuros ingresados en la UCIN del HUAV, con el objetivo de realizar un alta precoz domiciliaria y los potenciales beneficios que comporta tanto para el bebé como para los padres y el hospital.

¿Para quién se diseña la intervención?

El programa educativo se diseña para los padres de los bebés prematuros ingresados en la UCIN del HUAV, de Lleida.

¿A qué profesionales está dirigida nuestra intervención?

Al personal de enfermería experto en los cuidados intensivos neonatales de la UCIN del HUAV, a través de la formación al profesional para impartir el programa educativo para los padres de los bebés prematuros.

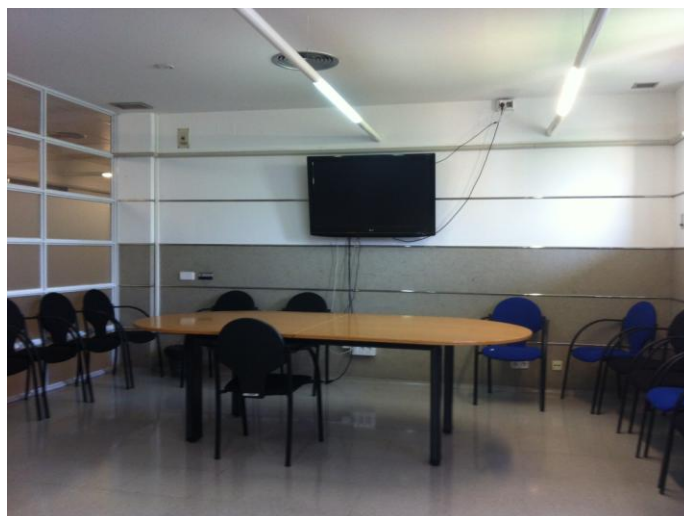
Aspectos legales de nuestra intervención.

Para llevar a cabo nuestra intervención en primer lugar se informará y solicitará permiso por escrito al Jefe de Servicio de pediatría para que sea conocedor del estudio que estamos planteando realizar. Asimismo se pedirá al Comité de Ética del Hospital que se pronuncie sobre la idoneidad del estudio-intervención.

¿Dónde se va a realizar la nuestra intervención?

Las sesiones de formación de nuestro programa se llevarán a cabo, previo permiso de la Dirección del Centro Hospitalario, en la sala de reuniones de la UCIN del HUAV, con dirección en Avenida Alcalde Rovira Roure, 80, 25198 Lleida.

Figura 7. Sala de reuniones de la UCIN de HUAV, Lleida



7.1. Programa de intervenció para los padres

7.1.1. Objetivos de la sesión: ¿Que queremos lograr?

Mediante un programa formativo queremos transmitir los conocimientos a los padres de los bebés prematuros sobre los cuidados básicos y avanzados de su hijo. Comprenderá aspectos tales como la técnica de alimentación, baño, cura umbilical etc., así como explicar qué hacer en casos de peligro o de urgencia. El objetivo de la sesión es, a través de formación/educación, transmitirles más confianza y seguridad en el manejo de su bebé e incentivarlos a que acepten al alta domiciliaria precoz siendo ésta muy beneficiosa para ambas partes, así como para el hospital.

7.1.2. Contenidos de la sesión: ¿de qué vamos a hablar y qué aspectos vamos a trabajar?

En la sesión formativa se hablará de forma introductoria de los objetivos de nuestra sesión, los beneficios del alta domiciliaria precoz tanto para los bebés como para sus padres e inconvenientes de la hospitalización prolongada. Acto seguido se explicaran las diferencias entre un bebé nacido a término y uno nacido antes de la fecha probable del parto, así como los otros aspectos que hay que tener en cuenta en el manejo de un bebé pretérmino.

En la parte práctica se explicará y enseñará mediante el material físico los cuidados básicos del recién nacido en el domicilio, las posibles alertas y las formas de actuación. Los padres podrán participar y hacer preguntas. Para finalizar la clase se repartirán los cuestionarios de satisfacción de nuestra sesión formativa para su posterior evaluación.

La enfermera experta que impartirá la clase podrá resolver las dudas de los padres de forma personal si conviene, además será la profesional que estará en la UCIN durante el ingreso de los bebés, de forma que facilitará la interacción con los padres.

7.1.3. ¿Cuánto tiempo necesitamos?

La intervención durará tres meses, desde el día 1 de julio hasta el 30 de septiembre de 2014, incluyendo todo el proceso, desde el permiso para su realización hasta su evaluación.

Las sesiones formativas tendrán lugar desde la segunda semana de julio hasta la cuarta semana de septiembre. Las clases para los padres se impartirán los miércoles y los sábados de cada semana.

7.1.4. Recursos

Para llevar a cabo nuestro programa formativo, en primer lugar diseñaremos el programa educativo/formativo para los padres de los bebés prematuros, con ayuda de fuentes bibliográficas científicas, libros, guías, protocolos, etc., así como reuniremos el material físico necesario para las sesiones formativas. Para ello vamos a utilizar la biblioteca de la Facultad de Enfermería. Posteriormente necesitamos formar dos voluntarias/os enfermeras/os expertas/os en cuidados intensivos neonatales de la UCIN del HUAV, explicándoles el programa y los objetivos que queremos conseguir.

Para la formación de los profesionales así como para la impartición de las clases para los padres de los bebés prematuros utilizaremos la sala de reuniones de la misma UCIN del HUAV.

7.2. Actividades

Actividad 1. Notificación y solicitud de permiso para realización de la intervención

Para poder empezar nuestra intervención necesitamos notificar y solicitar permiso de autorización a las instituciones o cargos correspondientes. En nuestro caso se informará y solicitará permiso por escrito al Jefe de Servicio de pediatría para que sea conocedor del estudio que estamos planteando realizar. También se pedirá al Comité de Ética del Hospital que se pronuncie sobre la idoneidad del estudio-intervención.

Actividad.1 Notificación y solicitud de permiso
<i>Objetivo:</i> conseguir el permiso para la realización de nuestra intervención.
<i>Observaciones:</i> se informará y solicitará permiso por escrito al Jefe de Servicio de pediatría, y se pedirá al Comité de Ética del Hospital que se pronuncie sobre la idoneidad de la intervención.
<i>Lugar:</i> Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV), Lleida.
<i>Recursos:</i> se presentará la solicitud por escrito en papel formato DIN A-4.
<i>Descripción de la actividad:</i> presentaremos por escrito la notificación y el permiso al Jefe de Servicio describiendo la actividad planeada y sus objetivos, así como las fechas de su realización, lugar y material que vamos a utilizar.
<i>Duración y fechas de la sesión:</i> primera y segunda semana de julio para presentar la solicitud y recibir la respuesta.

Actividad 2. Notificación y búsqueda del personal de enfermería

Para llevar a cabo nuestro programa de forma eficaz, se buscarán enfermeras expertas en los cuidados intensivos neonatales de la UCIN que deseen ser voluntarias para impartir las sesiones formativo/educativas para los padres de los bebés prematuros ingresados en la misma unidad. El objetivo es que las mismas enfermeras expertas cuidadoras de los bebés prematuros ingresados en la UCIN sean las formadoras y/o educadoras de los padres en los cuidados de sus bebés. Las enfermeras que impartirán las clases conocerán a los bebés y a sus padres, esto facilitaría personalizar aún más la educación y resolver las dudas que puedan tener los padres.

Para encontrar las profesionales voluntarias se hará una sesión informativa para explicarles en que va a consistir nuestro programa y pedirles su colaboración. Durante esta sesión informativa se informará sobre nuestro programa y se explicará a las enfermeras que habrá sesiones formativas para ellas sobre los aspectos a tratar en la educación a los padres, así como el lugar, los días y el horario de las sesiones.

Dejaremos en el control de enfermería de la UCIN del HUAV por escrito la notificación sobre la sesión informativa que se va a realizar, concretando el lugar, los días y el

horario. La notificación se dejará el lunes de la tercera semana de julio y las sesiones informativas se harán el miércoles desde las 11:00h hasta 11:40h de la mañana, y el viernes de las 17:00h a las 17:40h de la tarde.

Sección.2 Notificación y búsqueda del personal de enfermería
<i>Objetivo:</i> notificar y pedir colaboración al personal de enfermería experto en los cuidados intensivos neonatales del HUAV, para impartir las clases formativo/educativas para los padres de los bebés prematuros ingresados en la UCIN.
<i>Observaciones:</i> se dejará en el control de enfermería de la UCIN del HUAV por escrito la notificación sobre la sesión informativa para explicarles en que va a consistir la nuestra intervención. En esta notificación constará el lugar, los días y el horario de la sesión informativa.
<i>Lugar:</i> control de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV), Lleida.
<i>Recursos:</i> se preparará y se dejará la notificación por escrito en formato papel DIN A-4.
<i>Duración y fechas de la sesión:</i> la notificación se dejará el lunes de la tercera semana de julio y las sesiones informativas se harán el miércoles desde las 11:00h hasta 11:40h de la mañana, y el viernes de las 17:00h a las 17:40h de la tarde.

Actividad 3. Preparación de la clase de formación para el personal de enfermería

Para explicar e instruir a las enfermeras expertas voluntarias en cuidados intensivos neonatales de la UCIN del HUAV sobre nuestro programa educativo, se preparará la clase formativa para explicarles los objetivos de nuestra intervención y aspectos que hay que tratar en la educación de los padres, así como las dudas y preocupaciones más frecuentes que les surgen en irse de alta domiciliaria precoz.

Durante la sesión informativa sobre nuestro programa se explicará a las enfermeras que habrá sesiones formativas para ellas sobre los aspectos a tratar en la educación a los padres, así como el lugar, los días y el horario de las sesiones.

Durante la tercera semana de julio de 2014 se buscará el material bibliográfico sobre los bebés prematuros y sus cuidados, así como aspectos psicológicos del parto prematuro y las dudas y miedos más frecuentes de los padres. Se redactarán en formato papel todos los temas que habrá que tratar en las sesiones formativas con los padres. Para ello vamos a utilizar la biblioteca de la Facultad de Enfermería.

Actividad 3. Preparación de la clase de formación para el personal de enfermería
<i>Objetivo:</i> preparar la sesión formativa para las voluntarias enfermeras expertas en cuidados intensivos neonatales sobre los aspectos a tratar en la educación sanitaria para los padres de los bebés prematuros.
<i>Observaciones:</i> para explicar e instruir a los profesionales sobre nuestro programa educativo, se preparará la clase formativa para las enfermeras expertas voluntarias en cuidados intensivos neonatales de la UCIN del HUAV.
<i>Lugar:</i> biblioteca de la Facultad de Enfermería (UDL), Lleida.
<i>Recursos:</i> para buscar el material bibliográfico sobre los cuidados neonatales se utilizará la biblioteca de la Facultad de Enfermería de Lleida. En un ordenador portátil de la biblioteca se redactarán los contenidos de la sesión formativa para las profesionales y se imprimirá en formato papel DIN A-4 para entregárselo al final de la clase.
<i>Duración y las fechas de la sección:</i> durante la tercera semana de julio de 2014.

Actividad 4. Las sesiones formativas para las profesionales

En la sesión formativa para las voluntarias enfermeras expertas en cuidados intensivos neonatales se explicarán los objetivos de nuestra intervención y los contenidos que habrá que tratar en formación y/o educación a los padres de los bebés prematuros. También se explicarán las dudas y preocupaciones más frecuentes de los padres que les surgen en irse de alta domiciliaria precoz.

La clase formativa para las profesionales tendrá lugar durante la cuarta semana de julio de 2014. El horario será el martes a las 16:30h-17:30h y el jueves a las 10:30h-11:30h.

La duración de la clase será de 60 minutos y se hará en la sala de reuniones en la planta de UCIN de HUAV.

Actividad 4. Las sesiones formativas para las profesionales
<i>Objetivo:</i> explicar e instruir a las voluntarias enfermeras expertas en los cuidados intensivos neonatales sobre nuestro programa educativo.
<i>Observaciones:</i> se prepara la clase formativa para las enfermeras expertas voluntarias en cuidados intensivos neonatales de la UCIN del HUAV, donde se explicarán los objetivos de nuestra intervención y aspectos que hay que tratar en la educación de los padres, así como las dudas y preocupaciones más frecuentes que les surgen al irse de alta domiciliaria precoz.
<i>Lugar:</i> sala de reuniones de la UCIN del HUAV, Lleida.
<i>Recursos:</i> se reunirá a los profesionales en la sala de reuniones de la UCIN del HUAV. Se explicará y se entregará por escrito los contenidos y los objetivos de nuestras sesiones formativas para los padres de los bebés prematuros.
<i>Duración y las fechas de la sesión:</i> el horario de las sesiones será el martes a las 16:30h-17:30h y el jueves a las 10:30h-11:30h durante la cuarta semana de julio 2014. La duración de sesión formativa será de 60 minutos.

Actividad 5. Notificación a los padres del programa que vamos a realizar

Se pedirá a las voluntarias enfermeras expertas en cuidados neonatales que van a impartir las clases formativas que notifiquen de forma oral a los padres de los bebés prematuros ingresados en la UCIN las sesiones formativo/educativas en cuidados de sus bebés prematuros. Se les explicará en qué consistirá la formación y los horarios de clases. Asimismo se realizará una lista de inscritos que no va a superar las cuatro personas por sesión, y si es necesario se realizarán otras sesiones en función de la demanda. Las fechas para esta sesión serán la primera semana de agosto de 2014.

Actividad 5. Notificación a los padres del programa que vamos a realizar
<i>Objetivo:</i> notificar a los padres de los bebés prematuros ingresados en la UCIN las clases formativo/educativas en cuidados de sus bebés prematuros e inscribirlos en las sesiones.
<i>Observaciones:</i> las enfermeras expertas en cuidados intensivos neonatales, voluntarias para la impartición de clases formativo/educativas para los padres de los bebés prematuros ingresados en la UCIN, notificarán a los padres de forma oral sobre el comienzo de las mismas sesiones así como explicarán en que consiste la formación. Del mismo modo inscribirán a los padres que van a participar en cada clase, no superando más de cuatro personas por sesión, y si es necesario se realizaran otras sesiones en función de la demanda.
<i>Lugar:</i> se notificará a los padres en la misma UCIN del HUAV, Lleida.
<i>Recursos:</i> enfermeras expertas voluntarias para la impartición de clases formativas para los padres de los bebés prematuros notificarán a los padres de forma oral en la UCIN. Anotarán a los padres que van a participar en las sesiones.
<i>Duración y fechas de la sesión:</i> durante la primera semana de agosto de 2014.

Actividad 6. Preparación de las sesiones formativo/educativas para los padres de los bebés prematuros

Para las sesiones formativo/educativas para los padres sobre los cuidados de sus bebés prematuros se preparará material didáctico en formato papel DIN A-4 para entregarles al finalizar la sesión. Los contenidos de este material serán los mismos que se explicarán en la sesión. Por otra parte se preparará el material para la parte práctica, que será necesario para los cuidados del recién nacido. También se elaborará el cuestionario de satisfacción para los padres para evaluar la eficacia de nuestra sesión formativa.

Para preparar el material didáctico se realizará una búsqueda bibliográfica sobre el bebé prematuro y sus cuidados, se redactará e imprimirá para entregarlo a los padres. Para buscar y preparar este material se utilizará la biblioteca de la universidad de Lleida. Al mismo tiempo y en el mismo lugar se elaborará el cuestionario de satisfacción para evaluar el nuestro programa educativo.

Para la parte práctica de la sesión necesitaremos el mismo material que se necesita para los cuidados de un recién nacido. Para ello se recogerá material como:

- Muñeco de bebé con peso aproximado-real de un bebé recién nacido (para practicar y manejarlo de la manera más real posible). Se pedirá en la Facultad de Enfermería de la UDL.
- Dos pañales – para enseñar a cambiar pañales de forma adecuada.
- Un paquete de gasas – para enseñar a realizar las curas del ombligo, así como hacer el lavado nasal.
- Suero (agua) y chiringa – para explicar cómo se tiene que hacer un lavado nasal.
- Biberón – para enseñarles la posición correcta en la toma de leche con biberón.
- Termómetro – para enseñar la toma correcta de la temperatura corporal.

UCIN

Las fechas para esta actividad serán la primera semana de agosto de 2014.

Actividad 6. Preparación de las sesiones formativo/educativas para los padres de los bebés prematuros
<i>Objetivo:</i> preparar la sesión formativo/educativa para los padres de los bebés prematuros.
<i>Observaciones:</i> se preparará el material didáctico en formato papel DIN A-4 para entregar a los padres al finalizar la sesión. Por otra parte se preparará el material para la parte práctica, que será necesario para los cuidados del recién nacido. También se elaborará el cuestionario de satisfacción para los padres para evaluar la eficacia de nuestra sesión formativa.
<i>Lugar:</i> la biblioteca de la Facultad de Enfermería de Lleida para la preparación del material didáctico y práctico; la UCIN del HUAV para recoger el material práctico.
<i>Recursos:</i> material didáctico (fuentes bibliográficas, ordenador portátil; papel formato DIN A-4); material práctico (muñeco del bebé; dos pañales; un paquete de gasas; suero (agua) y chiringa; biberón; termómetro).
<i>Duración y las fechas de la sección:</i> la primera semana de agosto de 2014.

Actividad 7. Programa formativo/educativo para los padres de los bebés prematuros

Durante la sesión formativa/educativa para los padres de los bebés prematuros vamos a transmitirles los conocimientos sobre los cuidados básicos, así como los más complejos, de su bebé pretérmino.

La sesión durará 90 minutos y los contenidos serán: comenzará con una introducción básica sobre las diferencias entre un bebé prematuro y uno nacido a término (10 min); después de la introducción se explicaran los cuidados básicos diarios del bebé, con ayuda del muñeco (20 min). Posteriormente se explicará qué se tiene que hacer en los casos preocupantes como estreñimiento, temperaturas altas, etc., y en emergencias como atragantamiento con leche o que el niño haya dejado de respirar, con la participación de los padres en estos casos prácticos (30 min). Se explicarán los beneficios del alta domiciliar y se les aconsejará que participen activamente en los cuidados de su bebé en la UCIN y que pregunten cualquier duda. Se responderá a las preguntas y las dudas sugeridas (15 min). Al finalizar la sesión se les entregarán los contenidos de clase en formato papel y el cuestionario de satisfacción para evaluar la formación (15 min) (ver anexos).

Las fechas para esta sesión serán la segunda, tercera y cuarta semana de agosto y la primera, segunda y tercera semana de septiembre de 2014. Los días de impartición de clases serán los miércoles de 16:30h a 18:00h y los sábados de 12:00h a 13:30h.

Actividad.7 Programa formativo/educativo para los padres de los bebés prematuros
<i>Objetivo:</i> impartir la sesión formativa/educativa para los padres de los bebés prematuros para transmitirles los conocimientos sobre los cuidados básicos así como los más complejos de su bebé pretérmino.
<i>Observaciones:</i> la enfermera experta en cuidados intensivos neonatales, previamente formada, impartirá la sesión formativo/educativa para los padres de los bebés pretérmino ingresados en la UCIN del HUAV en Lleida.
<i>Lugar:</i> la sesión formativo/educativa tendrá lugar en sala de reuniones de la UCIN del HUAV.

Recursos: sala de reuniones de la UCIN, enfermera para impartir la clase, material didáctico y práctico, y las encuestas de satisfacción que se entregarán a los padres en formato papel.

Duración y fechas de la sesión: la segunda, tercera y cuarta semana de agosto y la primera, segunda y tercera semana de septiembre de 2014. Los días de impartición de clases serán los miércoles de 16:30h a 18:00h y los sábados de 12:00h a 13:30h.


7.2.1. Contenidos de la sesión formativa

Contenido de la sesión formativo/educativa para los padres de los bebés prematuros		
Partes de la sesión	Contenidos	Tiempo
Introducción	Una introducción básica sobre las diferencias de un bebé nacido a término y un prematuro.	10 minutos
Cuidados básicos de un bebé prematuro.	Se explicarán los cuidados básicos diarios de un recién nacido pretérmino con la ayuda de un muñeco-bebé, como pueden ser la higiene, la cura del ombligo, las posturas de lactancia materna, la toma de biberón, el lavado nasal y los masajes.	30 minutos
Cuidados avanzados de un bebé prematuro.	Se explicará cómo se tiene que actuar en los casos de peligro como temperaturas altas, estreñimiento, atragantamiento con leche o que el niño haya dejado de respirar.	20 minutos
Beneficios del alta domiciliaria precoz.	Se explicarán los beneficios de la participación activa de los padres en los cuidados de su bebé mientras dura el ingreso y los beneficios del alta domiciliario precoz.	15 minutos.

Cuestionario de satisfacción.	Acabados los contenidos formativos se responderá a las preguntas de los padres y se entregarán y recogerán los cuestionarios de evaluación de nuestro programa educativo.	15 minutos.
--------------------------------------	---	-------------

7.2.2. Cronograma de la intervención

Tabla 7. Cronograma de la intervención

	CRONOGRAMA DE INTERVENCIÓN											
	MESES											
	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Permiso al Jefe de Servicio												
Comité de Ética												
Notificación y búsqueda del personal de enfermería												
Preparación de clases de formación para enfermería												
Realización de sesiones formativas para las profesionales												
Notificación a los padres sobre el programa												
Preparación de material para el programa educativo para los padres												
Impartición de clases												
Evaluación del programa												

8. Consideraciones éticas

8.1. Beneficios de la intervención

Los beneficios para los padres de la participación en este programa son: adquisición de conocimientos sobre los cuidados de su bebé, coger más confianza para enlazar con él, participar activamente en los cuidados de su hijo en la UCIN, aceptar el alta domiciliaria precoz y reducir o eliminar el estrés y/o ansiedad por no saber manejar a su bebé.

Los beneficios para el bebé son: a través del contacto piel a piel, olfato, gusto, tacto, oído y visión se provee de las experiencias apropiadas que reducen las interrupciones del sueño, el dolor físico y el estrés. Además el método canguro proporciona seguridad y efectos como mayor estabilidad de las constantes vitales, los bebés consiguen tener mayor número de horas de sueño, favorece la lactancia materna aumentando la secreción de la prolactina y mejorando la succión-deglución, hay una reducción de infecciones nosocomiales y los bebés sienten menos dolor ante los estímulos dolorosos.

8.2. Inconvenientes de la intervención

Dificultad de combinar las clases con el trabajo. Dificultades como la comprensión del idioma (en caso de los extranjeros), el hecho de compartir con otras familias y no de forma individualizada las sesiones de formación puede hacer perder el derecho al anonimato de los padres con niños prematuros con problemas determinados.

9. Evaluación de la intervención

Llevaremos a cabo la evaluación de nuestra intervención con objetivos de saber la satisfacción de los padres del programa educativo, la eficacia de la intervención y los beneficios económicos del hospital al marcharse el bebé de alta domiciliaria precoz.

1. Evaluación de la satisfacción del programa.

Para evaluar la eficacia del nuestro programa educativo para los padres de los bebés prematuros ingresados en la UCIN del HUAV, se entregarán y recogerán las encuestas de satisfacción anónimas al final de cada sesión formativa (anexos). De este modo nos permitirá saber si los contenidos así como la forma de impartición de clase hayan aportado los suficientes conocimientos para los padres, así como saber su opinión en que aspectos podíamos mejorar. Las fechas para esta evaluación serán durante la cuarta semana de septiembre de 2014.

Evaluación de la satisfacción del programa formativo/educativo.
<i>Objetivo:</i> evaluar la eficacia de las sesiones formativo/educativas para los padres de los bebés prematuros.
<i>Observaciones:</i> al finalizar cada sesión formativo/educativa se entregarán y recogerán los cuestionarios de satisfacción anónimos de la sesión formativo/educativa recibida para los padres de los bebés prematuros.
<i>Lugar:</i> la sesión formativo/educativa tendrá lugar en la sala de reuniones de la UCIN del HUAV, Lleida.
<i>Recursos:</i> las encuestas de satisfacción se entregarán a los padres en formato papel DIN A-4.
<i>Duración y las fechas de la sección:</i> los cuestionarios se entregarán al finalizar la sesión formativo/educativa y se recogerán en un tiempo de 15 minutos.

2. Evaluación de eficacia del programa.

Para evaluar la eficacia de nuestro programa formativo/educativo, antes de empezar las sesiones, se hará un registro de los bebés ingresados en la UCIN y sus semanas de gestación al ingreso y la fecha probable del alta hospitalaria. Registraremos a los padres que van a participar en el nuestro programa y posteriormente a los que acepen al alta domiciliaria precoz. Con este modo de registro nos indicará si la nuestra intervención formativo/educativa fue eficaz o no.

Evaluación de eficacia del programa.
<i>Objetivo:</i> Evaluar la eficacia de nuestro programa educativo/formativo.
<i>Observaciones:</i> Para llevar a cabo la evaluación de la eficacia de nuestro programa, registraremos en formato papel a todos los bebés ingresados en la UCIN del HUAV. Posteriormente registraremos a los padres que van a participar en nuestro programa formativo/educativo y luego a los que aceptarán el alta domiciliario precoz.
<i>Lugar:</i> UCIN del HUAV, Lleida. Biblioteca de la Facultad de Enfermería, Lleida.
<i>Recursos:</i> papel formato DIN A-4, bolígrafo.
<i>Duración y las fechas de la sección:</i> el registro de los bebés ingresados en la UCIN se hará el lunes de la segunda semana de agosto. El registro de los padres que van a participar en las clases serán a la hora de preinscripción, y los que acepten el alta domiciliario precoz se registrará en función de las altas. Para evaluar la eficacia de nuestro programa las fechas serán la cuarta semana de septiembre.

3. Evaluación del ahorro económico del hospital

La evaluación consistirá en comparar los costes diarios del hospital entre: el mantenimiento de cada bebé prematuro con sus complicaciones o no, en la UCIN del HUAV, desde su ingreso hasta el alta hospitalaria (con edad corregida), y, el mantenimiento de cada uno de estos bebés desde el ingreso en la UCIN y en el alta domiciliaria precoz (si procede), hasta el alta hospitalaria.

Evaluación de los costes económicos del hospital
<i>Objetivo:</i> evaluar la reducción de costes económicos del hospital al aceptar los padres de los bebés prematuros el alta domiciliario precoz.
<i>Observaciones:</i> comparar los costes diarios del hospital entre: el mantenimiento de cada bebé prematuro con sus complicaciones o no, en la UCIN del HUAV, desde su ingreso hasta el alta hospitalaria (con edad corregida), y, el mantenimiento de cada uno de estos bebés desde el ingreso en la UCIN y en el alta domiciliaria precoz (si procede), hasta el alta hospitalaria.
<i>Lugar:</i> para llevar a cabo la comparación de los costes utilizaremos la biblioteca de la Facultad de Enfermería, Lleida.
<i>Recursos:</i> el documento de los precios públicos del ICS y el registro de las familias que hayan aceptado el alta domiciliario, papel DIN A-4, bolígrafo y calculadora.
<i>Duración y las fechas de la sección:</i> la cuarta semana de septiembre.

10. Discusión

La idea de crear un programa formativo/educativo para los padres de los bebés prematuros ingresados en la UCIN del HUAV de Lleida, surge en respuesta a distintas necesidades de salud y cuidados de estos recién nacidos.

En el año 2012 en la provincia de Lleida nacieron 289 bebés con bajo peso al nacer en relación a su edad gestacional que necesitaron ingreso en la UCIN del HUAV para recibir el tratamiento adecuado (38). Los padres pudieron permanecer en la UCIN junto a sus hijos durante el ingreso y participar en los cuidados, igual que ocurre actualmente. Aun así, muchos de ellos no reciben una formación y educación completa que pueda proporcionar los cuidados adecuados de sus hijos y así mismo mayor confianza en el manejo de su bebé.

Nuestra intervención tiene como objetivo la formación de los padres de estos bebés, en cuidados neonatales básicos y avanzados para incentivarlos así a que acepten el alta domiciliaria precoz de sus hijos. Con este programa buscamos que los padres adquieran confianza en los cuidados que proporcionan a sus bebés y puedan hacer un alta domiciliaria precoz. Nuestro interés por esta alta domiciliaria precoz reside en las múltiples ventajas que esta comprende (62,63,64): los padres pueden estar y cuidar de su hijo de forma permanente, mejorando la relación y satisfacción de los mismos; se evita el estrés al no tener que desplazarse al hospital; los abuelos y hermanos pueden desempeñar su papel con facilidad; favorece a la lactancia materna por la constante proximidad del niño; mejora la curva del peso; se disminuye el riesgo de infecciones nosocomiales; se reducen los inconvenientes de la UCIN, como ruidos, infecciones; se evita la hospitalización prolongada que desfavorece la relación padres-hijo; reducción del gasto económico del hospital.

En este programa/ intervención juega un papel destacado y fundamental la enfermería, ya que es el vehículo de transmisión de cuidados, habilidades, información y conocimientos a estas familias tan necesitadas de cuidados especializados. Basamos nuestra intervención en un problema de salud real, sustentado y apoyado por la

bibliografía encontrada sobre el tema (51,54-56,73) y la eficacia de las distintas intervenciones descritas que coinciden en el rol fundamental de la enfermería.

Así lo demuestran varios estudios, entre ellos un estudio cualitativo (51) con 60 padres que se realizó en el Hospital Robert Depré de París. En dicho estudio trataron de averiguar cuál era la percepción que tenían los padres sobre las primeras interacciones con su bebé prematuro e identificar las actividades que realizaban las enfermeras que ayudan a su desarrollo. Para la creación y desarrollo del vínculo entre los padres y su bebé prematuro la enfermera contribuye aportando los cuidados y la comunicación regular adaptada a las necesidades específicas de los padres. Este estudio potencia, así mismo, la idea de crear e implantar un programa educativo para los padres de los bebés prematuros, donde las mismas enfermeras expertas en cuidados intensivos neonatales colaboren en impartir las sesiones formativo/educativas y resolver las dudas de los padres.

Otro estudio prospectivo (54) realizado en Países Bajos sobre la eficacia de un video de orientación para los padres de los bebés prematuros, también apoya nuestra intervención y hace hincapié sobre las intervenciones individualizadas con las familias durante la hospitalización neonatal. Esta demuestra reducir el estrés y la depresión de los padres, aumentar la autoestima y mejorar significativamente las interacciones entre padres e hijo. Además, la auto-confianza de los padres tiene que ser reforzada de manera repetitiva durante el ingreso porque los padres inseguros son más propensos a tener problemas con sus hijos en casa. En nuestra opinión, el alta domiciliaria es una recomendación, por lo que los padres inseguros en manejo de su bebé prematuro pueden inicialmente rechazarlo. Es por esto que la intervención enfermera resulta fundamental a la hora de incentivar a los padres a aceptar el alta domiciliaria precoz de sus hijos.

Por lo que son los componentes claves en la intervención temprana para los padres de los bebés prematuros, como lo explica el artículo de Karen M. Benzies (56) sobre un estudio que hicieron en Canadá, las intervenciones que proporcionan el apoyo directo a los padres, proporcionan efectos positivos, que a menudo se asocian con mejores resultados en los bebés. La educación de los padres es el único componente utilizado en todas intervenciones, que puede ser un componente clave asociado a la disminución de la ansiedad.

Por otra parte, en Reino Unido llevaron a cabo una revisión sistemática (55) de las intervenciones eficaces para la comunicación, apoyo y suministro de información para los padres de los bebés prematuros donde afirman que los padres se sienten apoyados a través de programas individualizados de atención orientada al desarrollo y la conducta, a través de la lactancia materna, los programas de atención de canguro y masaje del bebé, además se reduce el estrés a través de estas programas individuales. Según esta revisión, la evidencia señala la importancia de preparar a los padres en la unidad neonatal mientras el ingreso, y la importancia de una buena comunicación en toda la fase de proceso, desde el ingreso hasta el alta hospitalaria. También informa de la importancia de la planificación del alta a fondo a lo largo de la fase de ingreso del bebé y la importancia de los programas de apoyo en casa. Este estudio también refuerza la idea de nuestro proyecto. Trataremos de enseñar y educar a los padres inexpertos en el cuidado de su hijo prematuro desde el momento de ingreso, de esta manera podemos proporcionarles más tiempo de aprendizaje y conseguir que acepten el alta domiciliaria precoz.

Se decidió apostar por un programa educativo para los padres de los bebés prematuros ingresados en la UCIN del HUAV de Lleida porque aun no existe un programa de estas características y en la actualidad los padres tan solo pueden estar y participar en los cuidados de su hijo mientras el ingreso. Por otro lado, para llevar a cabo nuestra intervención necesitamos recursos de bajo coste económico y fácil acceso.

El tiempo de desarrollo del programa también será suficiente para evaluar su eficacia, ya que tan sólo necesitaremos seis semanas para impartir las clases de formación, inscribiendo en primer lugar a los padres de los bebés prematuros con más edad gestacional, debido a que pueden recibir el alta hospitalaria por cumplir la edad corregida. De este modo podremos evaluar si en caso de que acepten el alta domiciliaria precoz se debe a nuestra intervención.

Por lo que se refiere a puntos débiles o problemas potenciales con los que nos podemos encontrar en la puesta en marcha de nuestra intervención las más importantes podrían ser: dificultad o falta de disposición de los profesionales para llevar a cabo las clases de formación a los padres; barrera idiomática en padres inmigrantes con escasa comprensión lingüística; analfabetismo; dificultad de conciliar las clases con el trabajo;

el hecho de compartir con otras familias y no de forma individualizada las sesiones de formación puede hacer perder el derecho al anonimato de los padres con niños prematuros con problemas determinados.

Después de la evaluación de la intervención podremos estudiar realmente cuales son los puntos débiles y los aspectos que deberemos modificar para mejorar el objetivo final de salud que es proporcionar cuidados de calidad a un neonato con unas necesidades muy especiales.

11. Conclusiones

El objetivo principal de este proyecto de intervención es, a partir de la creación e implantación un programa de educación sanitaria para los padres de los bebés prematuros ingresados en la UCIN del HUAV de Lleida, incentivarlos a que acepten el alta domiciliaria precoz. La búsqueda bibliográfica llevada a cabo para nuestro estudio, demuestra que la educación sanitaria temprana a los padres sobre los cuidados de su hijo prematuro desde el ingreso resulta muy eficaz para ambas partes (51,54,55), así como para el hospital (68).

La educación sanitaria es una herramienta fundamental para la motivación de los padres, debido a que se basada en educación/formación sobre los cuidados de sus bebés y el apoyo psicológico para los padres, además resulta muy positivo en el desarrollo de su rol de padres y el desarrollo adecuado del bebé. Con ella conseguiremos prevenir las dificultades en relación de padres-hijo y posibles complicaciones de salud del bebé, aumentando la satisfacción y autoconfianza en los cuidados de su hijo.

Con la realización de este proyecto de intervención esperamos identificar y resaltar los puntos que haya que considerar para llevar a cabo su implantación con éxito. Algunos de los aspectos que hemos considerado más importantes en nuestro proyecto, es tener en cuenta las necesidades individuales de cada uno de los padres de estos bebes prematuros, y de esta forma adaptar su formación para conseguir unos mejores cuidados de sus hijos.

En los fuentes bibliográficos citados para realización de nuestro estudio (51,54–56), la mayoría de los padres manifiestan sentimientos de tristeza, inseguridad, frustración, preocupación, etc., por haber nacido su bebé antes de la fecha esperada y por su evolución. Estos aspectos psicológicos junto a las barreras que puede haber para crear un enlace afectivo entre los padres y el bebé, alargan la estancia hospitalaria del niño, por inseguridad de los padres de ir de alta domiciliaria precoz.

La enfermera tiene un rol fundamental en la educación para la salud de los padres, ayudándoles a constituir un vínculo afectivo eficaz y sólido con su bebé. Su atención

debe centrarse en proporcionar toda la información y apoyo necesario a los padres, con fin de transmitirles confianza para expresar los sentimientos y resolver las dudas sobre su bebé de manera personalizada. Uno de los aspectos que más preocupa a estos padres (70,75), suele ser ¿Qué hacer en caso de emergencia en casa? Esta falta de información genera inseguridad y actúa como barrera para que acepten el alta domiciliaria precoz. Por eso, para alcanzar nuestro objetivo con éxito es importante trabajar todos los aspectos y asegurarnos de transmitir la confianza en los padres en cuidados y manejo de su hijo.

El alta domiciliaria precoz indudablemente tiene muchos beneficios para el bebé, sus padres y el hospital. Los bebés tienen mejor medro, favorece contacto constante con los padres y la lactancia materna por proximidad, disminuye las infecciones nosocomiales, ruidos de los monitores, etc. (62,63). Para los padres es evidente la tranquilidad de no tener que desplazarse al hospital y poder estar en contacto con su hijo más tiempo. Por último, pero también importante es la disminución del gasto económico del hospital al irse el bebé de alta domiciliaria.

El alta domiciliaria se ofrece a los padres después de que su bebé pueda alimentarse cada tres horas y gane el peso, con la edad gestacional de 35-36 semanas y 2000-2100 gramos de peso (68). En algunas ocasiones rechazan el alta por inseguridad de quedarse con su hijo prematuro a solas, por no haber recibido una educación adecuada sobre los cuidados de su bebé. Por eso, creemos que sería de gran utilidad instaurar un programa educativo para los padres de los bebés pretérminos donde la enfermera experta en los cuidados intensivos neonatales tendría un rol fundamental para ayudarles a adquirir más confianza y seguridad en manejo de su hijo. Sería la clave para enseñar, explicar y entrenar a los padres sobre los cuidados básicos así como los más complejos de su bebé e incentivarlos a que acepten el alta domiciliaria precoz, siendo este el objetivo principal de nuestra intervención.

Bibliografía

1. Mendez Guerrero, Guilberto Enrique; Navas Cabrera, Inocencia; Hidalgo Rodríguez, Yusleidy; Espert Castellanos J. Embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cuba. Obs. Ginecol. 2012;38(3):333–42.
2. Alcolea Flores, Sílvia; Mohamed Mohamed D. Guía de cuidados en el embarazo. Inst. Nac. Gestión Sanit.
3. Beruti E. Instructivo para embarazadas. Hosp. Univ. Austral.
4. Control básico del embarazo. General. Valencia. Cons. Sanit. 2002;1–65.
5. Donoso Bernal, Bernadita; Oyarzún Ebensperger E. Parto prematuro. Medwave. 2012;12(8).
6. Definición de parto normal [Internet]. Fed. Asoc. Matronas España. 2006;
7. Etxeandia Ikobaltzeta, Itziar; Quintana Pantaleón, Charo; Rico Iturrioz, Rosa; Armendariz Mántaras, Idoia; Fernández del Castillo Sainz I. Atención al parto normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a Futur. padres, así como a sus acompañantes y Fam. 2010;1:9.
8. Práctica UNAG. CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL : 1996;
9. Arenas Gamboa, Jaime; Navarro Milanés A. Embarazo prolongado. Obstet. Gen. Siglo XXI. 1:223–40.
10. OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. 2012. p. 7.
11. Salazar Quirós, Arturo; Saenz Campos D. Tratamiento y prevención del parto pretérmino. Rev. fármacos 2003. 2005;16(1-2):31–88.
12. Alexis Palencia C. Parto prematuro. Precop SCP. 2006 Jan;9(4):19.
13. 15 millones de bebés nacen demasiado pronto. Organ. Mund. la Salud. 2012;
14. Espinoza J. Fisiopatología de parto pretérmino. Rev Per Ginecol Obs. 2008;54:15–21.
15. Oliveros, Miguel; Chirinos J. Prematuridad: epidemiología de morbilidad y mortalidad perinatal. Pronóstico y desarrollo a largo plazo. Rev Per Ginecol Obs. 2008;54:7–10.
16. Guzmán Cabañas, J.M^a; Carrasco Rico, J; Gómez Guzmán E. Embarazo prolongado. RN postmaduro. Protoc. Diagnóstico Ter. la AEP Neonatol. 2008;91–100.
17. Manejo del recién nacido prematuro sano en la sala de prematuros. Guía de práctica clínica.

18. Que es un niño prematuro. Organ. Mund. la Salud. 2012;
19. Rellan Rodríguez, Sara; Garcia Ribera, Cristina; Aragón García M. El recién nacido prematuro. Asoc. Española Pediatr. 2008;68.
20. López de Heredia Goya, J; Valls i Soler A. Síndrome de dificultad respiratoria. Asoc. Española Pediatría. 2008;305–10.
21. Barranco Ruiz, F; Blasco Morilla, J; Mérida Morales A. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Cuidados intensivos neonatales. 2013;
22. Pérez Rodríguez, J; Cabrera Lafuente, Marta; Sánchez Torres AM. Apnea en el período neonatal. Protoc. Diagnóstico Ter. la AEP Neonatol. 2008;310–5.
23. Ayala Mendoza, Adriana Margarita; Carvajal Kalil, Luis Fernando; Carrizosa Moog JG, Hernández, Álvaro; Cornejo Ochoa JW. Hemorragia intraventricular en el neonato prematuro. Iatreia. 2005;18(1):71–7.
24. Cabañas, Fernando; Pellicer A. Lesión cerebral en el niño prematuro. Protoc. Diagnóstico Ter. la AEP Neonatol. 2008;253–69.
25. Ruiz González, María Dolores; Gomez Guzman, Elene; Parraga Quilés MJ. Ductus arterioso persistente. Protoc. Diagnóstico Ter. la AEP Neonatol. 2008;353–61.
26. Demestre Guasch, X; Raspall Torrent F. Enterocolitis necrotizante. Protoc. Diagnóstico Ter. la AEP Neonatol. 2008;405–10.
27. Carmen Parodi, Juliana; Meana Ibarra, José Lucio; Ramos Cosimi JO. Ictericia neonatal: revisión. Rev. Posgrado la Vía Cátedra Med. 2005;151:9–16.
28. Martínez de la Barrera LI. Ictericia neonatal. Hiperbilirrubinemia indirecta. CCAP. 12(2):38–55.
29. Camba Longueira, Fatima; Perapoch López, J; Martín Begué N. Retinopatía de la prematuridad. Protoc. Diagnóstico Ter. la AEP Neonatol. 2008;443–7.
30. Baptista González, Hector Alfredo; Zamorano Jiménez CA. Anemia del prematuro. Rev Hematol Mex. 2011;12(1):38–41.
31. Arca, G; Carbonell-Estrany X. Anemia neonatal. Protoc. Diagnóstico Ter. la AEP Neonatol. 2008;362–71.
32. Izquierdo Macián, María Isabel; López Andreu, Juan Alonso; Morcillo Sopena F. Displasia broncopulmonar. Protoc. Diagnóstico Ter. la AEP Neonatol. 2008;316–34.
33. Gasque Góngora JJ. Displasia broncopulmonar. Rev. Mex. Pediatría. 2010;77(1):27–37.
34. Wilfrido Coronell, R; Jader Rojas M. Infecciones nosocomiales en unidades de cuidados intensivos neonatales. CCAP. 9(3):30–9.

35. Beck, Stacy; Vojdila, Daniel; Say, Lale; Bertran, Ana; Merialdi M. Incidencia mundial del parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad materna. Boletín la Organ. Mund. la Salud. 2010;88.
36. Rodríguez S, Ribera C de, Garcia M. El recién nacido prematuro. 2008;
37. Tasa de nacimientos prematuros por 100 nacimientos. Organ. Mund. la Salud.
38. Jané Checa, Mireia; Vidal Benedé, M^a José; Tomas Bonodo Z. Indicadors de salut maternoinfantil a Catalunya. Any 2012. General. Catalunya. Dep. Salut. 2013;1–26.
39. Solís Sánchez G. Seguimiento del gran prematuro: desde el alta domiciliario hasta el final de la infancia. Asoc. Española Pediatr.
40. Unidad de cuidados intensivos. Minist. Sanid. y Política Soc. 2010;130.
41. Blanco Bravo D. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. An Pediatr. 2004;60(1):56–64.
42. Criterio de admisión cuidado intensivo neonatal. Asoc. Colomb. Neonatol. 27–43.
43. Negrete Montero E. Criterios clínicos de ingreso y egreso a unidad de paciente crítico neonatal. Complejo Asist. Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Angeles). 2011;1–12.
44. Peña Valdés, Andrés; Bravo Urzúa, Tania; Carvajal Encina F. Guías de tratamiento Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Hosp. San Juan Dios la Serena. 2012;1–472.
45. Avalos Huizar L. Recién nacido pretérmino. Inst. Nac. Perinatol. 22.
46. Restrepo Pérez, L; Durango Londoño N. Prototipo de incubadora neonatal. Rev. Ing. Biomédica. 2007;1:55–9.
47. Chertorivski Woldenberg, Salomón; Fajardo Dolci, German; González Rétiz L. Incubadora neonatal. Guía tecnológica No.4. 1–47.
48. Faneite P. Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas. Rev Obs. Ginecol Venez. 2012;72(4):217–20.
49. Martínez Gertner M. Eficacia de una breve intervención temprana basada en la evaluación del desarrollo del neonato prematuro: efecto sobre el estrés, la depresión y las percepciones maternas. 2010. p. 7.
50. Reinberger S. La unidad neonatal y participación de los padres en el cuidado del prematuro. Mente y Cereb. 2009;
51. Guillaume S, Michelin N, Amrani E, Benier B, Durrmeyer X, Lescure S, et al. Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. BMC Pediatr. BMC Pediatrics; 2013;13(1):18.

52. Cuidados desde el nacimiento. Minist. Sanid. y Política Soc. 2010;
53. Lizarazo-medina JP, Ospina-díaz JM. Programa madre canguro: una alternativa sencilla y costo eficaz para protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer. 2012;(2):32–45.
54. Tooten A, Hoffenkamp HN, Hall R a S, Winkel FW, Eliëns M, Vingerhoets AJJM, et al. The effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: a multicenter randomised controlled trial. BMC Pediatr; 2012;12(1):76.
55. Brett J, Staniszevska S, Newburn M, Jones N, Taylor L. A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. BMJ Open. 2011;1(1):e000023.
56. Benzies KM, Magill-Evans JE, Hayden KA, Ballantyne M. Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. BioMed Central Ltd; 2013;13 Suppl 1(Suppl 1):S10.
57. Manet Lahera LRPMA. Nosocomial infection in newborns admitted in a neonatal intensive care service. MADISAN. 2010;14(4):483–9.
58. Mata-méndez M, Salazar-barajas ME, Herrera-pérez LR. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. 2009;17(1):45–54.
59. Darcía Del Rio, M. Sánchez Tamayo T. Alta precoz de los recién nacidos de bajo peso. Hospitalización domiciliaria. Bol. SPAO. 2008;2(1):65–75.
60. Aparecida M, Merighi B, Cristina M, Jesus P De, Santin KR. Cuidar del recién nacido en la presencia de sus padres : vivencia de enfermeras en unidad de cuidado intensivo neonatal. Rev. Latino-Am. Enferm. 2011;19(6).
61. Galimberti M. Recién nacido prematuro internado en la unidad de cuidados intensivos neonatales, estrés maternal y modelos de intervención. p. 1–19.
62. Martínez Gertner M. Eficacia de una breve intervención temprana basada en la evaluación del desarrollo del neonato prematuro: efectos sobre el estrés, la depresión y percepciones maternas. 2010. p. 1–186.
63. Ruiz López, A; Rodríguez Belmonte, R; Miras Baldó MJ, Vizcaino C. Cuidados neonatales centrados en el desarrollo. Bol. SPAO. 2013;7(2):39–59.
64. Brundi, M; González, MA; Enríquez, D;Larguía A. Contacto piel a piel madre/hijo prematuro. Conocimientos y dificultades para su implementación. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. 2006;25(4):159–66.
65. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. 2010.

66. Gómez Papía, Adolfo; Pallás Alonso CAMJ. El método madre canguro. IV Congr. FEDALMA. 2007;1–23.
67. Gallegos Martínez, Josefina; Monti Fonseca, Luciana; Silvan Scochi C. Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud. Rev Latino-am Enferm. 2007;15(2):1–9.
68. Álvarez Miro R. Influencia de la atención domiciliaria de enfermería en la evolución del prematuro con alta precoz. 2011. p. 1–146.
69. Ast, Gerardo; Valdez Villada N. Derechos de los recién nacidos prematuros. UNICEF. 2011;1–24.
70. Agami-Micha, Sion; Iglesias-Leboreiro, Jose; Bernárdez-Zapata, Isabel; Rendón-Macías, Mario Enrique; Juárez-Domínguez G. Capacitación de padres para el cuidado de niños pretérminos en su casa. Rev Mex Pediatr. 2013;80(2):61–4.
71. Solo el 41% de los hospitales o clínicas con Unidades Neonatales en Caraluña cumplen las tres recomendaciones básicas del Ministerio de Sanidad y OMS. 2013.
72. Troyano MJ. Comunicación personal. 2014.
73. Gargallo E. Comunicación personal. 2014.
74. Araque Salazar, Sonia; Ariza Riaño, Nelly; Valderrama Sanabria M. Estrategia educativa para el cuidado para el cuidado domiciliario de los bebés prematuros: madres usuarias del programa tunja, colombia. Rev Cuid. 2013;4(1):467–74.
75. Madre del bebé prematuro. Entrevista personal. 2014.
76. Padres de los bebés prematuros. Entrevista personal. 2014.

Anexos I. Entrevista con padres de los bebés que habían nacido prematuros

1. Os han informado de que el nacimiento de los bebés será antes de la fecha prevista?

R: Para el primer hijo no fue posible, en el caso de nuestro segundo hijo ya estábamos preparados e informados.

2. Que sentisteis cuando habéis enterado que serán pretérminos?

R: Es un cúmulo de sentimientos y sensaciones, rabia, tristeza, emoción, impotencia,...

3. Con que semanas de gestación nacieron?

R: Nuestra primera hija a las 32 semanas de gestación y el segundo a las 29 semanas.

4. Han nacido con alguna complicación?

R: Con un retraso de crecimiento intrauterino de tres semanas. Nuestro segundo hijo necesito oxígeno durante un tiempo ya que su saturación era muy baja y sufría amenas respiratorias. También su retina no estaba aún formada.

5. Cuanto tiempo han estado ingresados: en la incubadora y en los intermedios?

R: La primera necesitó 38 días de ingreso. En el caso de nuestro segundo hijo 93 días.

6. Son los únicos hijos vuestros?

R: sí.

7. Os resultaba difícil visitar a vuestros bebés al hospital (por trabajo, distancia, otros hijos, o por otras causas, etc.)?

R: No.

8. Mientras el ingreso, cuánto tiempo pasabais con ellos a diario?

R: Para nuestra primera hija fue menor el tiempo de ingreso y dedicamos todo el tiempo posible. Mucho, solo nos saltábamos la toma de las 3 de la mañana y la de las seis de la mañana día sí y día no. El resto del día siempre estábamos el uno o el otro.

9. Participabais en los cuidados de vuestros bebés?

R: Sí, cuando era posible.

10. La enfermera os enseñaba los cuidados y las curas de los bebés?

R: Siempre.

11. Cogisteis el alta domiciliaria precoz? Si es que no, por qué motivo?

R: Para los dos hicimos HODO.

12. Tuvisteis miedo o preocupación en alta?

R: No, nos convencieron desde el primer momento los profesionales. Creían que era lo mejor para el bebe y nosotros también.

13. Creéis que la enfermera os ha explicado lo suficiente sobre los cuidados, os ha faltado saber algo más? Si es que si, el qué?

R: Son todas especiales, aman su trabajo y no hubo nada que no nos explicaran.

14. Cómo lo llevabais en casa, tuvisteis que llamar a la enfermera por alguna duda?

R: En HODO las enfermeras venían a casa cada 2 días, día sí y día no.

15. Que problemas o preocupaciones tuvisteis en casa después del alta?

R: Tuvimos que volver al hospital a hacer pruebas de fondo de ojo, y tuvimos miedo cuando nos dijeron que era posible que tuviera una retinopatía del prematuro. También hubo un momento en el que sospecharon que podía tener una hidrocefalia, pero finalmente todo quedó en un susto.

16. Que aconsejaríais o diríais a los “futuros” padres de los bebés prematuros?

R: No perder la calma, tener templanza, no tener miedo, sino fortaleza, guiarte por tu instinto sin dejar de pensar y creer en lo que dicen los profesionales. Sé por nuestra experiencia que has padres que se enfadan y no aceptan la situación. Aceptar y querer a tu hijo, mirarlo con valentía y no con pena. Son milagros y héroes de la vida.

Anexo II. Entrevista con la madre del bebé que había nacido

1. Le han informado de que el nacimiento de su bebé será antes de la fecha prevista?

R: No, estaba esperando la fecha del parto pero se me rompieron las aguas antes del tiempo y tuve un parto natural con 32 semanas de gestación.

2. Que sentía cuando entendió que será pretérmino?

R: Bueno, primero me dijeron que no podía quedarse embarazada pero un día me quede, estaba feliz pero preocupada por si algo no iba a salir bien. Cuando tuve al bebé con 32 semanas tenía miedo de que le pasara algo porque nació prematuro y con bradicardia.

3. Con que semanas de gestación nació y cuanto pesó?

R: Con 32 semanas de gestación y 2 kg de peso.

4. Nació con alguna complicación?

R: Sí, nació con bradicardia. Cuando nos dieron el alta hospitalaria, al cabo de una semana hizo un atragantamiento mientras le daba el pecho, intentaba darle palmaditas porque vi como lo hacían enfermeras en el hospital pero no se remontó, estaba flácido, llame a mi marido y nos lo llevamos a urgencias en la clínica "Alianza" porque es la que más cerca nos caía de donde vivíamos. Allí le reanimaron y lo trasladaron al Hospital Vall d'Hebron, de Barcelona allí nos dijeron que tenía poco desarrollado el reflejo de deglución. Se quedó ingresado allí durante unas 2 semanas.

5. Cuanto tiempo ha estado ingresado: en la incubadora y en los intermedios?

R: Estuvo 3 semanas en incubadora y 2 semanas en los intermedios.

6. Es único hijo vuestro?

R: Sí.

7. Os resultaba difícil visitar a vuestro bebé al hospital por trabajo, distancia, otros hijos, o por otras causas, etc.)?

R: No, porque sólo quería estar con mi bebé.

8. Mientras el ingreso, cuánto tiempo pasabais con ellos a diario?

R: Todo el día, sólo marchaba a casa para dormir sobre las 01:00 de la noche.

9. Participabais en los cuidados de vuestros bebés?

R: Sí, hacíamos el método canguro alternando yo y mi marido cada 3-4 horas.

10. La enfermera os enseñaba los cuidados y las curas de los bebés?

R: Sí, nos enseñó mucho sobre la lactancia materna.

11. Cogisteis el alta domiciliaria precoz? Si es que no, por qué motivo?

R: No, porque no nos la dieron. El bebé ya tenía 39 semanas y nos dijeron que ya estaba bien.

12. Tuvisteis miedo o preocupación en alta?

R: Como es el primer bebé nuestro y además nació pretérmino y con bradicardia, si que tuvimos miedo. En casa estábamos observándole 24 horas al día alternándonos con mi marido, sin quedarnos dormidos los dos a la vez.

13. Creéis que la enfermera os ha explicado lo suficiente sobre los cuidados, os ha faltado saber algo más? Si es que si, el qué?

R: Nos explico cuidados y la lactancia y que se tiene que hacer si se atragantara, pero la enseñanza fue sobre la marcha, mientras el ingreso. No todas las enfermeras nos prestaban atención, algunas no decían nada. Yo, como madre primípara me hubiera gustado recibir la educación personalizada sobre los cuidados de mi bebé, porque me quedaba insegura.

14. Cómo lo llevabais en casa, tuvisteis que llamar a la enfermera por alguna duda?

R: En principio no, pero acabo de una semana mi bebé dejó de respirar mientras le daba el pecho, entonces le di golpecitos en el pecho y la espalda y se remonto un poco pero estaba muy flácido y poco reactivo, entonces nos fuimos a urgencias.

15. Que problemas o preocupaciones tuvisteis en casa después del alta?

R: Preocupación a que dejara de respirar observándolo 24 horas al día.

16. Que aconsejaríais o diríais a los futuros padres de los bebés prematuros?

R: El hecho de hacer una educación más personalizada no evitaría que por ejemplo se dejara de respirar, pero al menos nos hubiera dado más tranquilidad en saber más, y cómo actuar en casos de urgencia en casa. Sólo decir que al ser padre por primera vez tuvimos miedo al tener el bebé prematuro, nos faltó más apoyo y la atención más personalizada.

Anexo III. Cuestionario de satisfacción para los padres tras la educación recibida

Marque en círculo la respuesta

1. Creen que es necesario un programa de educación para la salud para los padres de los bebés prematuros?

Sí

No

2. Creen que la educación para la salud sobre los cuidados neonatales tiene que ser:

Personalizada

En grupo

Es indiferente

3. Han recibido el apoyo y/o interés de las enfermeras en ayudarles en la UCIN?

Sí

No

Insuficiente

4. Creen que los contenidos de la sesión formativa sobre los cuidados neonatales son correctos?

Sí

No

Insuficientes

5. Si creen que No o son Insuficientes, describa lo que se podría añadir:

6. Creen correcta la impartición de las sesiones formativas por las enfermeras de la UCIN?

Sí

No

7. Les han podido resolver las dudas y responder a vuestras preguntas?

Sí

No